



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
CENTRO REGIONAL UNIVERSITARIO COCLÉ
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA CON ÉNFASIS EN ADMINISTRACIÓN
Y PLANIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES TÉCNICAS Y ADMINISTRATIVAS
DEL PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.
CENTRO MATERNOINFANTIL DE ANTÓN. 1ER TRIMESTRE 2003.

ELABORADO POR.
LIC. JANETH AGRAZAL GARCÍA

Para optar por el título de maestría en salud pública con énfasis en
administración y planificación de los servicios de salud

PANAMÁ
2005.

TH

25 AGO 2005

ok al autor

18941

ii

HOJA DE APROBACIÓN

"Evaluación de las actividades técnicas y administrativas del programa de alimentación complementaria. Centro MaternoInfantil de Antón.
1er trimestre2003."

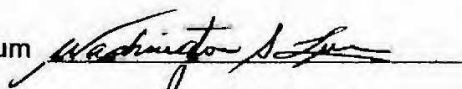
Tesis sometida para optar por el Titulo de en Maestria en Salud Pública con
Énfasis en Administración y Planificación de los Servicios de Salud.

Facultad de Medicina

Escuela de Salud Pública

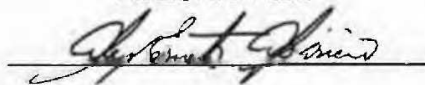
Aprobado

Washington Lum



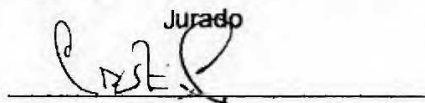
Asesor de Tesis

Alex Aparicio



Jurado

César Castro



Jurado

Panamá, República de Panamá

2005

DEDICATORIA

Los grandes desafíos requieren labrarse en equipos de trabajo y es generalmente ese equipo la familia, a quienes en muchas ocasiones sacrificamos para ver colmados nuestros esfuerzos.

Es mi familia el mejor equipo que puedo tener y es a ellos a quienes muy especialmente quiero dedicar este trabajo.

Este esfuerzo y trabajo lo dedico muy especialmente a mi hija Jenifer y a mi madre Ruty, su apoyo incondicional me han permitido lograr tan esperado sueño, así como a todos los miembros de mi gran familia por su apoyo y su entusiasmo.

De igual manera deseo dedicarlo a mi amigo Elías QEPD, no olvidaré jamás su entusiasmo por ser salubrista y el esfuerzo por alcanzar las tan deseadas metas.

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer primero que todo a Dios por darme fuerza y valor para hacer de este gran objetivo una realidad.

A mis amigos que de una u otra forma han colaborado con este trabajo y no me han permitido desfallecer, Santiago, Didier y Margarita muchas gracias por su apoyo.

A todos los que aportaron ideas, sugerencias y brindaron su tiempo para que esta meta tan deseada tuviera feliz término. A mi amigo Omar por su apoyo desinteresado y su valiosa ayuda.

Sobre todo quiero agradecer a mi asesor Dr. Washington Lum, por sus enseñanzas y sus exigencias, que me llevaron a dar lo mejor de mí y llevar conmigo la lección aprendida de buscar la excelencia.

INDICE GENERAL

	PÁGINA
PORTADA	i
HOJA DE APROBACION	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ÍNDICE GENERAL	v
ÍNDICE DE CUADROS	vii
ÍNDICE DE FIGURAS	xii
ABREVIATURAS	xv
RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I. MARCO CONCEPTUAL	
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.2 JUSTIFICACIÓN	7
1.3 OBJETIVOS DEL ESTUDIO	9
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	
2.1 GENERALIDADES SOBRE DESNUTRICIÓN	11
2.2 SITUACIÓN DE DESNUTRICIÓN EN PANAMÁ	22
2.3 PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA	26
2.4 ENFOQUES TEÓRICOS DE EVALUACIÓN	33

CAPITULO III. DISEÑO METODOLÓGICO	
3.1 ÁREA DE ESTUDIO	41
3.2 TIPO DE ESTUDIO	44
3.3 DEFINICIÓN DE VARIABLES	44
3.3.1 Definición Conceptual	45
3.3.2 Definición Operacional	50
3.4 UNIVERSO	53
3.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO	54
3.6 FUENTE DEL ESTUDIO	54
3.7 RECOLECCIÓN DEL DATO	55
3.8 DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO	55
3.9 PLAN DE ANÁLISIS	57
CAPÍTULO IV ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	58
CONCLUSIONES	86
RECOMENDACIONES	89
BIBLIOGRAFÍA	91
ANEXOS	94

ÍNDICE DE CUADROS

	PÁGINA
CUADRO I	
BENEFICIARIOS INGRESADOS	59
AL PAC EN EL CMI ANTÓN. 1ER TRIMESTRE 2003.	
CUADRO II	
BENEFICIARIOS DE 6-59 MESES	61
INGRESADOS AL PAC EN EL CMI ANTÓN SEGÚN	
SEXO. 1ER TRIMESTRE 2003.	
CUADRO III	
EMBARAZADAS SEGÚN GRUPO	62
DE EDAD INGRESADAS AL PAC EN EL	
CMI DE ANTÓN. 1ER TRIMESTRE 2003.	
CUADRO IV	
BENEFICIARIOS DEL PAC	64
SEGÚN CORREGIMIENTO DE PROCEDENCIA	
EN EL CMI ANTÓN. 1ER TRIMESTRE 2003.	

CUADRO V

CONCORDANCIA ENTRE EL DIAGNÓSTICO DE INGRESO DE LOS BENEFICIARIOS DEL PAC SEGÚN EL PRESTADOR DE LA ATENCIÓN Y LA INVESTIGADORA EN EL CMI DE ANTÓN. 1ER TRIMESTRE 2003.	67
--	----

CUADRO VI

CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN SEGÚN EL GRUPO DE BENEFICIARIO DEL PAC EN EL CMI DE ANTÓN. 1ER TRIMESTRE 2003.	68
--	----

CUADRO VII

CONTROLES DE LOS BENEFICIARIOS DEL PAC EN EL CMI DE ANTÓN. 1ER TRIMESTRE 2003.	70
---	----

CUADRO VIII

ENTREGA DE NUTRICREMA A BENEFICIARIOS DEL PAC EN EL CMI DE ANTÓN. 1ER TRIMESTRE 2003.	71
--	----

CUADRO IX

PROMEDIO DE CONTROLES VS PROMEDIOS 72
DE ENTREGA DE NUTRICREMA SEGÚN TIPO DE
BENEFICIARIOS DEL PAC EN EL CMI DE ANTÓN
1ER TRIMESTRE 2003.

CUADRO X

MOTIVO POR EL CUAL LOS BENEFICIARIOS 74
DEL PAC RECIBIERON MENOS DE SEIS ENTREGAS
DE NUTRICREMA EN EL CMI ANTÓN.
1ER TRIMESTRE 2003.

CUADRO XI

ORIENTACIÓN NUTRICIONAL SEGÚN TIPO DE 76
BENEFICIARIO DEL PAC EN EL CMI DE ANTÓN.
1ER TRIMESTRE 2003.

CUADRO XII	
ORIENTACIÓN SOBRE PREPARACIÓN DE	78
NUTRICREMA SEGÚN TIPO DE BENEFICIARIO	
DEL PAC EN EL CMI DE ANTÓN. 1ER TRIMESTRE 2003.	
 CUADRO XIII	
INASISTENCIA A DOS CONTROLES	80
SUCESIVOS SEGÚN TIPO DE BENEFICIARIO	
EN EL CMI DE ANTÓN. 1ER TRIMESTRE 2003.	
 CUADRO XIV	
VISITA DOMICILIARIA A LOS INASISTENTES	81
AL PROGRAMA SEGÚN TIPO DE BENEFICIARIO	
EN EL CMI DE ANTÓN. 1ER TRIMESTRE 2003.	
 CUADRO XV	
CONCORDANCIA DEL DIAGNOSTICO DE EGRESO	82
DE LOS BENEFICIARIOS DEL PAC SEGÚN EL PRESTADOR	
DE LA ATENCIÓN Y LA INVESTIGADORA EN EL CMI DE	
ANTÓN. 1ER TRIMESTRE 2003.	

CUADRO XVI

ÍNDICE DECUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES TÉCNICAS DEL PAC EN EL CMI DE ANTÓN. 1ER TRIMESTRE 2003.	83
---	----

CUADRO XVII

FUNCIONES ADMINISTRATIVAS LOCALES DEL PAC REALIZADAS EN EL CMI DE ANTÓN. 1ER TRIMESTRE 2003.	85
--	----

ÍNDICE DE FIGURAS

	PÁGINA
Fig. 1	
Áreas de evaluación.	37
Fig. 2	
Beneficiarios ingresados al PAC en el CMI Antón. 1er trimestre 2003.	59
Fig. 3	
Beneficiarios de 6-59 meses según sexo ingresados al PAC en el CMI de Antón. 1er trimestre 2003.	61
Fig. 4	
Beneficiarios del PAC según corregimiento de procedencia en el CMI Antón. 1er trimestre 2003.	65

Fig. 5

Cumplimiento de los criterios de inclusión de los beneficiarios del PAC en el CMI de Antón.	68
1er trimestre 2003.	

Fig. 6

Motivos por el cual los beneficiarios del PAC recibieron menos de seis(6) entregas de nutricrema en el CMI de Antón.	75
1er trimestre 2003.	

Fig. 7

Orientación nutricional a los beneficiarios del PAC en el CMI de Antón.	76
1er trimestre 2003.	

Fig. 8

Orientación sobre preparación de nutricrema a los beneficiario del PAC en el CMI de Antón.	78
1er trimestre 2003.	

Fig. 9

Área de almacenamiento de nutricrema en el
CMI de Antón. 1er trimestre-2003.

84

ABREVIATURAS

CMI: Centro MaternoInfantil de Antón

INCAP: Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá

MINSA: Ministerio de Salud

NCHS: Centro de Estadísticas de los Estados Unidos

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PAC: Programa de Alimentación Complementaria

SISVAN: Sistema de Vigilancia Nutricional

TAES: Tratamiento estrictamente supervisado.

TBC: Tuberculosis

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

RESUMEN:

El presente estudio describe la evaluación técnica y administrativa del programa de alimentación complementaria en el Centro MaternoInfantil de Antón en el 1er trimestre del 2003. Se aplicó un estudio descriptivo, con el universo de los beneficiarios ingresados al programa, se utilizó distribuciones de frecuencia, medidas de tendencia central, medidas de dispersión, índice de kappa y se elaboró además un índice de cumplimiento de las actividades técnicas del programa. El 93% de los beneficiarios ingresados al programa cumplen con los criterios de inclusión, existe buena concordancia diagnóstica de ingreso al programa (Kappa = 0.78), el 77% de los beneficiarios recibió orientación nutricional y el 29.5% es orientado sobre la preparación de nutricrema, el promedio de entregas de nutricrema es 2.88, la concordancia diagnóstica al egreso del programa es mala (Kappa = 0.24) y el índice de cumplimiento de las actividades técnicas es deficiente. El abastecimiento de nutricrema es insuficiente, el área de almacenamiento reúne los requisitos mínimos y las funciones administrativas del nivel local se cumplen en un 50%.

SUMARY

The present study describe technical and administrative evaluation of the complementary alimentation program at the childhood at the Antón s Maternal Infancy Center, during the 2003, primer semester. This is a descriptive investigation which was applied a universe of beneficiaries that entered a this program. In addition, it was use distribution of frequency, central tendency of measure, standard of dispersions, kappa s index, and performance index of technical activities of the program was made. The 93% of the beneficiaries who entered the program fulfilled with the inclusion discernment. There are a god diagnostic concordance to enter the program (kappa =0.78). The 77% of the beneficiaries received nutritional orientation and the 29% was oriented toward "nutricrema" preparation. The average of "nutricrema" deliveries was 2.88. The diagnostic concordance a the moment to leave the program was very bad (kappa=0.24) and the index of performance of the technical activities was deficient. The "nutricrema" providing was inadequate, the store area have a minimum requirement. The administrative labors at local level work at 50%.

INTRODUCCIÓN

La desnutrición es un problema mundial y multicausal, sus diferentes aristas han sido analizadas dando como principal precursor la pobreza.

Nuestra América Latina y por ende Panamá no escapan a este flagelo; dándose altos niveles de desnutrición manifestado por retardo del crecimiento, anemia nutricional y deficiencia de vitaminas y micronutrientes.

Esta problemática mundial y local ha sido abordada en sus diferentes facetas, algunas de las estrategias más utilizadas son: programas de educación alimentaria, suplementación con micronutrientes, asistencia alimentaria entre otros.

En Panamá se han utilizado diferentes estrategias nutricionales para combatir el problema de la desnutrición desde la década del 40, en su gran mayoría con apoyo y financiamiento internacional.

El Programa de Alimentación Complementaria surge en 1995 con el objetivo de disminuir la desnutrición en los grupos vulnerables.

Desde su origen hasta el año 2000 el programa a nivel nacional ha invertido \$7,637,026.80 y se han distribuido 90,271 quintales de nutricrema a un total de 197,950 beneficiarios.

En la provincia de Coclé el programa surge en 1996, con una inversión hasta el 2001 de aproximadamente \$ 614,127.25 y se han distribuidos 7,443 quintales de nutricrema a 35,436 beneficiarios.

En este estudio evaluó las actividades técnicas y administrativas del Programa de alimentación Complementaria (PAC) del Centro MaternoInfantil de Antón; situación que nos permitirá valorar científicamente las debilidades y fortalezas del mismo.

Este estudio sirve de aporte al Programa de Alimentación Complementaria, a los prestadores de atención, a los gerentes y administradores y especialmente la población vulnerable que es beneficiaria de este programa.

CAPITULO I

MARCO CONCEPTUAL

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

- En el año 2000 más del 16% de los menores de 5 años (cerca de 50,000 niños) en Panamá sufría de alguna forma de desnutrición y la prevalencia de desnutrición en ese grupo de edad era del 6.6%.
- El 8.2% de las embarazadas captadas para control prenatal, a nivel nacional en el año 2000 estaban bajo peso.
- Desde 1996-1999 según los registros de la Contraloría General de la República se ha mantenido la incidencia de bajo peso al nacer (<2500 g) en un 8%.¹
- En la provincia de Coclé en el año 2002, las estadísticas en nutrición señalaban que: el 26% de las embarazadas captadas en control prenatal estaba bajo peso, el bajo peso al nacer era del 4% y la prevalencia de desnutrición en el menor de cinco (5) años alcanzaba un 4.6%.
- La mayor parte de los países de la región realizan intervenciones nutricionales orientadas a reducir la prevalencia de la desnutrición en la población vulnerable.

ÁTALA Y CABALLERO. (2001). Situación alimentaria nutricional. MINSA. Panamá.

- En Panamá los programas de distribución de alimentos surgen desde la década del 40, con el apoyo de agencias internacionales.
- El Programa de distribución de alimentos con un aporte directo del estado, se inicia en la primera década del 80.
- En 1995, con la aprobación del proyecto de Salud Rural en el Ministerio de Salud el Departamento de Nutrición formuló y desarrollo un producto (nutricrema) para la atención de la población vulnerable.
- El Programa de alimentación complementaria es producto del esfuerzo técnico y financiero del Ministerio de Salud. Actualmente se distribuyen 13,500 quintales anuales, con un costo global de alrededor de 1.5 millones de dólares.
- En el año 2000 el Ministerio de Salud con el apoyo de la UNICEF realiza el estudio de la aceptabilidad de la nutricrema; el cual evidencia un **alto grado de aceptación del producto por la población blanco.**²
- Para el 2001 se realiza un estudio de impacto del programa; que formuló las siguientes conclusiones:
 - ✓ Los beneficiarios del PAC mostraban un deterioro significativo de su estado nutricional en los meses previos a su ingreso.

CABALLERO Y SINISTERRA (2001). Estudio de aceptabilidad e impacto de la alimentación complementaria. MINSA. UNICEF.

- ✓ Durante los nueve meses estudiados no se observó una mejoría significativa del estado nutricional.
- ✓ Se observaron importantes diferencias entre el diagnóstico nutricional realizado por el equipo de salud y el obtenido según las normas ministeriales.

La situación antes descrita nos lleva a formularnos las siguientes interrogantes: ¿Se desarrollan las actividades técnicas y administrativas según la normativa del programa? ¿Se cumple con el proceso de atención en el programa? ¿Se cumple con las funciones administrativas en el nivel local?

Ante estas interrogantes formuladas evaluamos el Programa de Alimentación Complementaria en el Centro MaternoInfantil de Antón; considerando sus principales actividades técnicas y administrativas (criterios de inclusión al programa, diagnóstico de ingreso, orientación nutricional, orientación sobre preparación de nutricrema, entrega de nutricrema, diagnóstico de egreso, abastecimiento de nutricrema, almacenamiento de nutricrema, funciones administrativas del nivel local).

1.2 JUSTIFICACIÓN

Según el estudio de aceptabilidad e impacto del programa de alimentación complementaria en el 2001, la nutricrema tiene un alto grado de aceptación por la población beneficiaria y el producto se consume prácticamente todos los días en los diversos grupos estudiados” sin embargo el impacto logrado en los beneficiarios es limitado, basándose en el hecho de que “durante los nueve meses estudiados no se observó una mejoría significativa con relación a peso / edad, talla / edad ni peso / talla.

Son diversos los factores que pueden contribuir al bajo impacto del PAC; es por ello que valoraremos algunas actividades técnicas y administrativas que podrían intervenir en este problema. Algunas de las actividades valoradas son: concordancia del diagnóstico de ingreso y egreso con la normativa del PAC, cumplimiento del proceso de control del menor desnutrido. (criterio de inclusión, educación nutricional, orientación sobre el uso de nutricrema entrega de nutricrema), abastecimiento de nutricrema y condiciones del área de almacenamiento, cumplimiento de las funciones administrativas del nivel local.

Este estudio es novedoso y es de gran utilidad para fundamentar el rol del prestador de la atención en el impacto del programa, así como la relevancia del cumplimiento del proceso normado.

1.3 OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Objetivo General:

Evaluar los procesos técnicos y administrativos del programa de alimentación complementaria.

Objetivos Específicos:

- ✧ Identificar los beneficiarios del PAC según corregimiento de procedencia.
- ✧ Comparar los diagnósticos de ingreso de los beneficiarios con la normativa del programa.
- ✧ Identificar el cumplimiento de los criterios de inclusión de los beneficiarios del PAC.
- ✧ Determinar el número de controles realizado a los beneficiarios del PAC.
- ✧ Determinar el número de entregas de nutricrema a los beneficiarios del PAC.
- ✧ Identificar las causas de la falta de recepción de nutricrema por los beneficiarios del PAC.
- ✧ Establecer el porcentaje de registro de orientación nutricional y preparación de nutricrema a los beneficiarios del PAC.
- ✧ Determinar la cobertura de visita domiciliaria a los inasistentes al programa.

- ✧ Comparar los diagnósticos de egreso de beneficiarios con la normativa del programa.
- ✧ Determinar el abastecimiento de nutricrema para los beneficiarios del PAC.
- ✧ Describir las condiciones del área de almacenamiento de nutricrema.
- ✧ Determinar el cumplimiento de las funciones administrativas del nivel local.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 GENERALIDADES SOBRE DESNUTRICIÓN

El futuro de un niño está condicionado en gran medida por la alimentación que recibe en los primeros cinco años de vida. La deficiencia en la alimentación perjudica su salud, inhibe su crecimiento y retrasa su desarrollo mental.

Los estudios epidemiológicos muestran que la generación de la desnutrición se debe a un complejo círculo vicioso de infecciones virales bacterianas y parasitosis, alteraciones en la alimentación, disminución de la absorción y biodisponibilidad de nutrimentos, desequilibrio nutrimental, incremento en el gasto energético, disminución de la resistencia inmunológica, mal manejo de las infecciones, etc., lo cual conduce a un estado de desnutrición, que a su vez favorece la presencia de episodios infecciosos más frecuentes y de mayor duración en un medio ambiente insalubre.

Es indudable que la existencia en un país de altas tasas de prevalencia de desnutrición y de enfermedades transmisibles constituye una real amenaza a la salud y el bienestar de todos. La desnutrición es más severa en los desprotegidos y con menor ingreso económico.

La desnutrición no se limita al mundo en desarrollo. En algunos países industrializados las desigualdades económicas y sociales, tienen repercusiones en el bienestar de los niños, la familia y la comunidad en materia de nutrición.

Las dimensiones de la crisis en materia de nutrición son claras. Esta se relaciona con la muerte y la incapacidad del niño en gran escala, y con el costo económico y social que estrangula el desarrollo. Cada vez es más frecuente la aseveración de que la desnutrición es consecuencia y causa de la pobreza.

La población con problemas de desnutrición tiene mayor riesgo de morir por enfermedades comunes. Existen estudios que demuestran que existe una relación entre la desnutrición temprana y el posterior desarrollo de enfermedades coronarias, la diabetes y la hipertensión.

Las enfermedades suelen ser la consecuencia de la desnutrición; y ésta es con frecuencia, resultado de las enfermedades.

Concepto:

El problema de la desnutrición es multifactorial y es analizado desde diferentes aristas y perspectivas y según el enfoque del autor, aunque todos coinciden en los siguientes aspectos.

Desnutrición "Es un proceso de desadaptación de la interacción biológica – ambiental que sólo se manifiesta en el crecimiento físico, sino principalmente en la capacidad productiva, mental y física del individuo. La desnutrición es un estado subóptimo, que resulta de la carencia de energía y/o proteínica o de deficiencia de un nutriente específico como el hierro y la Vitamina A".⁴

Otros la visualizan como un problema de consumo y disposición de nutriente:

- ✧ “Es un desequilibrio entre el aporte de nutrientes a los tejidos, ya sea por una dieta inapropiada o por una utilización defectuosa por parte del organismo”
- ✧ “Depauperación fisiológica, consecuencia de la aportación insuficiente de materias nutritivas al organismo”
- ✧ “Deficiencia en la nutrición causada por una dieta inadecuada o por algún defecto en el metabolismo que impide que el organismo utilice el alimento de manera adecuada”

Existen evidencias que nos llevan a pensar que la desnutrición es una **emergencia silenciosa**. Se trata de un fenómeno relacionado directamente con más de la mitad de los casos de mortalidad infantil que ocurren en el mundo y que repercute en forma grave y amenazante sobre la familia, la sociedad y el futuro de la misma.

La desnutrición debilita la lucha que llevan a cabo las Naciones Unidas en pro de la paz, la igualdad y la justicia. Es una violación flagrante a los derechos de los niños que socavan prácticamente todas las tareas de UNICEF en pro de la supervivencia, la protección y el desarrollo pleno de los niños del mundo.

Características y manifestaciones clínicas:

La desnutrición es un problema multicasual y presenta las siguientes características en los niños que la padecen.

- ✧ Disminución de la capacidad intelectual y de aprendizaje.
- ✧ Mayor propensión a enfermedades las cuales tienen mayores complicaciones por la falta de defensas para combatirlas y que, en algunos casos, llevan a la muerte.
- ✧ Enfermedades crónicas como diabetes y ceguera.
- ✧ Poca energía, más lentitud y poca interacción con los demás.
- ✧ Menor estatura y peso.

Los signos físicos que acompañan a la desnutrición son: déficit del peso y de la estatura que se espera para la edad, atrofia muscular, retardo en la pubertad.

Los signos psicológicos que encontramos son: alteraciones en el desarrollo del lenguaje, alteraciones en el desarrollo motor y en el comportamiento (irritabilidad, indiferencia, hostilidad, etc.).

Existen además otros signos clínicos que indican la cronicidad de la desnutrición, como: piel seca y áspera. Generalmente se observan fisuras en los párpados, labios y en los pliegues de codos y rodillas.

Pueden verse lesiones como hematomas en los casos que el déficit es de vitamina C. Si existe una desnutrición severa el niño tendrá los dedos de las manos y los pies muy fríos azulados debido a trastornos circulatorios.

Generalmente estos niños tendrán lesiones en piel sobreinfectada con bacterias u hongos, el cabello es seco, quebradizo, de color rojizo (o pajizo) y se desprende fácilmente. Es muy frecuente observar que el cabello de niño tiene varios colores (negruscos en la punta, rojizo en el medio, claro y amarillento en la base de éste). Igualmente, las uñas son muy delgadas y frágiles.

Es muy frecuente que las personas desnutridas, especialmente los niños tengan infecciones repetidamente: de hecho, es la principal causa de mortalidad en ellos. Esto es debido a que el déficit de nutrientes altera las barreras de inmunidad que protegen contra los gérmenes y éstos pueden invadir fácilmente.

Factores relacionados con la desnutrición:

Actualmente la desnutrición se considera un grave problema de salud pública. Se presenta con mayor frecuencia en la población infantil y maternal. A pesar de que se ha observado mejoras en el estado nutricional de la población infantil panameña entre 1967 – 1980, persisten aún niveles elevados de desnutrición en ciertas áreas geográficas – administrativas del país y dentro de ellas, la desnutrición es más severa en las familias pobres cuya actividad económica se relaciona con la agricultura.

El problema de la Desnutrición es el resultado de una serie de factores que influyen ya sea directa o indirectamente sobre el estado nutricional. Entre estos factores tenemos los siguientes.

Factores Económicos:

La pobreza es un factor importante en la desnutrición, ya que influye en el poder adquisitivo de la familia.

Dentro de la sociedad se observa una injusta distribución de los ingresos concentrándose la mayor parte de ellos en un pequeño grupo de la población. Nuestro país es una muestra de la inequitativa distribución de las riquezas, a pesar de un PIB de 2,800.00 tenemos los niveles de pobreza en 37% y pobreza extrema en 19%, y el problema se agudiza cuando tenemos una población indígena con un 95% de pobres.

Disponibilidad de Alimentos: Los avances y el creciente desarrollo industrial han relegado en muchos países la producción agrícola. Esto trae como consecuencia que la disponibilidad de alimentos sea cada vez mayor, ya que la producción, distribución y comercio dentro de un país está relacionada con la posibilidad de obtener una nutrición adecuada.

Factores Ambientales: Debido a las condiciones de pobreza, grandes grupos de población viven en condiciones inadecuadas de saneamiento ambiental básico como lo son el agua potable, vivienda, disposición de excretas y basura.

Esta situación trae consigo la proliferación de enfermedades infecciosas que agravan y condicionan el problema de la desnutrición.

Factores Socio – Culturales: Las condiciones de salud y por ende la desnutrición tienen a su haber una fuerte relación con los estilos de vida, que no son más que los comportamientos y conductas producto del hábito o la costumbre.

Clasificación de la desnutrición

Existen varias clasificaciones basadas en la gravedad y el momento de aparición del problema.

La **Desnutrición** se clasifica, por su intensidad en: leve, si la deficiencia es poca y sin riesgo de secuelas importantes; moderada, si el daño no es suficiente para comprometer la vida en forma inminente pero el riesgo de secuelas permanentes es alto; y severa, si la deficiencia pone en peligro la vida; la desnutrición moderada y severa se considera desnutrición de alto riesgo.

Para calcular el porcentaje de desnutrición en el niño tomamos el peso actual y los dividimos entre el peso esperado según la edad:

% de desnutrición según el peso esperado para la edad = $(\text{peso real} / \text{peso esperado}) * 100$

También es posible obtener el porcentaje de desnutrición cuando se evalúa el peso esperado según la talla.

% de desnutrición según el peso esperado para la talla = $(\text{peso real} / \text{peso esperado}) * 100$

Posteriormente clasificamos el grado de desnutrición de acuerdo a la siguiente tabla.

Estado	Normal	Desn. Leve	Desn. Moderada	Desn. Severa
Déficit de peso esperado según la edad	90-100%	80-90%	70-80%	< 70%
Déficit de peso esperado para la talla	95-100%	90-95%	85-90%	> 85%

Otros clasifican la desnutrición según la causa del problema: decimos que se trata de desnutrición primaria cuando los aportes de nutrientes no pueden ser aportados por la situación económica, cultural y/o educativa; así mismo, se clasificará como desnutrición secundaria, si los aportes nutricionales son inadecuados pero, debido a otras enfermedades, la absorción o utilización de estos alimentos no es adecuada.

Sistemas de Evaluación Nutricional

La evaluación de la situación nutricional (instrumentos indicadores y poblaciones de referencia) es diferente para un médico que se enfrenta a un solo paciente en la actividad asistencial, a la de un epidemiólogo, un político o un responsable de programas que debe asignar magnitud al problema, establecer prioridades a focalizar intervenciones en toda la población.

Aún dentro del contexto clínico del término suele coexistir cierta confusión entre ambos usos del concepto de desnutrición. Se denomina desnutrición tanto a la forma aguda de carencia nutricional con riesgo inmediato de vida como a la incapacidad para alcanzar el potencial genético de crecimiento.

Para la evaluación de la situación nutricional de una comunidad es necesario considerar: a) un indicador (es decir qué medida objetiva y representativa de la situación nutricional se obtiene), b) una población de referencia (con qué valores de normalidad se compara) y c) un límite de inclusión o de corte (qué valor se considera el límite entre la normalidad y la desnutrición).

Tipos de Indicadores Nutricionales

- ▶ **La Antropometría:** es el recurso más sencillo y económico para medir la situación nutricional de una comunidad especialmente en los niños, y ha sido uno de los ejes de la vigilancia nutricional para focalizar intervenciones alimentarias o de salud.

Los indicadores antropométricos surgen de combinar una medida corporal (el peso o la altura con la edad o dos medidas entre sí). Tres son los indicadores antropométricos más utilizados: el peso para la edad, la talla para la edad y el peso para la talla (ya sea se lo exprese como porcentaje de adecuación de peso para la talla o como índice de masa corporal).

- ▶ **Los Indicadores Alimenticios:** resultan de analizar la ingesta de alimentos de una población. Los indicadores más utilizados son las hojas de balance y los recordatorios alimentarios.
- ▶ **Indicadores Bioquímicos:** se obtienen en investigaciones de terreno a partir de muestras de sangre o de orina para evaluar un nutriente en particular. Por ejemplo si se desea conocer la situación nutricional del hierro se evaluará la hemoglobina o sus reservas corporales en forma ferritiva, si se investiga la vitamina A , el retinol en sangre o la de yodo, la excreción de yodo (yodura) en muestra de orina de 24 horas.

El Centro de Estadísticas de la Salud de los Estados unidos (NCHS), recomienda el uso de los siguientes indicadores antropométricos:

Peso para la edad: Es un indicador global, que expresa desnutrición crónica. No permite diferenciar los casos agudos de los antiguos y no considera las particularidades genéticas.

Peso para la talla: Es un indicador de alarma y refleja desnutrición aguda, permite valorar a corto plazo la recuperación nutricional.

Talla para la edad: Refleja desnutrición crónica es relevante en la etapa escolar donde ya se ha mostrado la tendencia definitiva del crecimiento.

El uso de estos tres indicadores permiten visualizar el problema de desnutrición en el menor de 5 años.

En la población adulta utilizamos el Índice de Masa Corporal (Peso/ Talla).

2.2 SITUACIÓN DE DESNUTRICIÓN EN PANAMA

La desnutrición es un fenómeno relacionado con más de la mitad de los casos de mortalidad infantil que ocurre en el mundo, su poder destructivo se hace sentir en millones de sobrevivientes que sufren discapacidades o contraen enfermedades para el resto de su vida.

La desnutrición no se limita al mundo en desarrollo. En algunas naciones industrializadas, las desigualdades en materia económica, tienen repercusiones sobre la salud y el bienestar de las familias.

“La crisis nutricional esta relacionada con la muerte y la incapacidad de los niños en gran escala, con las miles de mujeres que pasan a engrosar las estadísticas de mortalidad materna debido a las carencias en materia de nutrición y con el costo social y económico que estrangula el desarrollo y hace desvanecer las esperanzas”

Los grupos más vulnerables son los fetos en desarrollo, los menores de 3 años y las mujeres antes, durante el embarazo y durante el amamantamiento.

Algunos datos en el ámbito mundial evidencian que aproximadamente 183 millones de niños en el mundo tienen peso inferior al normal, lo cual aumenta dos veces las probabilidades de morir que niños con peso normal y se ha descubierto que el 20% de las muertes maternas post-partos que ocurren África y Asia están relacionadas con la anemia nutricional.

Por otro lado podemos señalar que “más de 2.000 millones de personas, en su mayoría mujeres y niños sufren carencia de hierro, y la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha calculado que el 51% de los menores de 4 años en los países en desarrollo están anémico.

La desnutrición supera los límites de la morbilidad y la mortalidad, las pérdidas mundiales en capacidad productiva representan casi 46 millones de años de vida productiva y libre de discapacidades.

En Centroamérica el problema de la desnutrición es agudo y ha evolucionado con el pasar de las décadas. Como resultado de dicha evolución el panorama en la década del 80 es una proporción muy alta de niños con retardo en talla Guatemala (mas de 50%) , un nivel intermedio entre 25 y 35% para El salvador, Honduras y Panamá y un nivel bajo (5%) en Nicaragua.

Para los años 90 el retardo en talla en escolares se mantenía aun con altos niveles, siendo el más alto Guatemala y Honduras con 39.8% y el 50.1% respectivamente, mientras Costa Rica mantenía los niveles mas bajos con el 11.3%.

Otros problemas nutricionales que afectan a Centroamérica es la deficiencia de nutrientes y vitaminas como el Yodo y la deficiencia de Vitamina A.

En Panamá se inicia en 1996 un Sistema de Vigilancia Nutricional (SISVAN) que recopila información del estado nutricional de preescolares, embarazadas y adultos que asisten a instalaciones de salud.

Algunas estadísticas de desnutrición en Panamá señalan lo siguiente:

- ✧ La incidencia de bajo peso al nacer se mantiene desde 1996 hasta 1999 en un 8.4% en el ámbito nacional.
- ✧ Para el año 2000 el 8.2% de las embarazadas captadas para control prenatal estaban bajo peso.
- ✧ La prevalencia de desnutrición en menores de 5 años que asisten al control de crecimiento y desarrollo para el año 2000 era del 6.6%, mientras la desnutrición crónica en escolares se encontraba en un 21.9% según los censos de talla.

- ✧ La anemia nutricional en escolares se encontraba en un 22.7% en el ámbito nacional.

La provincia de Coclé mantiene valores estadísticos muy similares a los reportados a nivel Nacional con relación a la incidencia de bajo peso al nacer, embarazadas bajo peso y prevalencia de desnutrición en el menor de 5 años.

Evolución de indicadores nutricionales Provincia de Coclé 1997-2002

Indicador Nutricional	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Incidencia de Bajo peso al nacer	8.2%	7.5%	8.3%	—	5.0%	4.0%
Bajo peso en embarazadas	11.8%	15.7%	2.2%	21.9%	32%	26%
Prevalencia de desnutrición menor de 5 años	8.4%	5.9%	6.6%	8.4%	7.0%	4.6%

Fuente: Informes del SISVAN. Ministerio de Salud.1997-2002.

2.3 PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

Antecedentes

Los programas de distribución de alimentos se inician desde la década de los cuarenta con la ayuda de los municipios, padres de familia y alimentos para la paz. Estos programas provenían de donaciones que eran canalizadas por diversas agencias, CARE, CARITAS Y CRUZ ROJA; dirigidos al grupo maternoinfantil y escolares. Dicha ayuda se mantuvo hasta el año 1982.

El programa de distribución de alimentos, como aporte directo del Estado, se inicia en la primera década de los 80. Esta época se caracteriza por la preparación de presupuestos específicos para el programa aunque algunos de ellos nunca fueron aprobados.

En la región de Veraguas, a mediados de la década del sesenta, la distribución de alimentos contempló actividades de producción de alimentos.

El objetivo de este programa era mejorar la situación nutricional de la población mediante el abastecimiento local representando los hábitos locales y procurando el desarrollo integral de las comunidades. Estos esfuerzos permitieron el liderazgo del Ministerio de Salud a nivel local, asumiendo funciones de otros sectores.

En la segunda década de los ochenta, el programa de distribución de alimentos prácticamente se interrumpió, reactivándose al inicio de 1990 con un presupuesto propio. Progresivamente éste se incrementó permitiendo un aumento de la cobertura en el ámbito nacional; sin embargo no se dio continuidad.

Para el año 1993, se ejecuta un proyecto financiado por la Agencia Española de Cooperación Internacional, con el apoyo técnico del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), en donde se monta una planta para la elaboración de una crema de alto valor nutricional a base de arroz y frijol. Debido a dificultades del Estado para asumir la totalidad de lo que implicaba un sistema de producción y distribución de alimentos, el mismo concluye en 1995.

A partir de 1995, con la aprobación del Proyecto de Salud Rural en el Ministerio de Salud, se logra realizar licitaciones públicas con un pliego de cargo que contenía criterios técnicos para la adquisición de un complemento a partir de maíz fortificado con vitaminas y minerales de alto valor nutritivo y especificaciones de envases y control de calidad.

A su vez se elaboran normas técnicas de distribución de alimentos del programa de alimentación complementaria (PAC).

Objetivos del programa de alimentación complementaria

General

- ❖ Contribuir a mejorar el estado nutricional de niños y niñas menores de cinco años que asisten a controles, madres embarazadas, madres lactantes, mujeres en edad fértil, y pacientes con tuberculosis que reciben el tratamiento estrictamente supervisados (TAES) que asisten a las instalaciones de la red de servicios del Ministerio de Salud a través de sus ayudantes promotores de salud en las comunidades.

Específicos

- ❖ Prevenir y corregir el déficit nutricional de la población materno infantil que acude a los controles de salud en los distritos prioritarios.
- ❖ Corregir el déficit nutricional de la población materno infantil que acude a los controles de salud en los distritos no prioritarios.
- ❖ Contribuir al cumplimiento de las acciones del programa materno infantil, estimulando la asistencia a controles de salud y favoreciendo la ejecución de otras actividades de prevención.
- ❖ Aumentar las reservas nutricionales de la mujer bajo peso en edad fértil en los distritos del país.
- ❖ Proteger a la madre durante la lactancia, asegurándole un estado nutricional satisfactorio.

- ❖ Contribuir en la aceptación del tratamiento ambulatorio estrictamente supervisado y cumplimiento de controles de los pacientes con Tuberculosis.

Estrategias

El Programa de Alimentación Complementaria esta destinado a los grupos más vulnerables según Encuesta a Niveles de Vida 1997, donde se clasifica los distritos según nivel de pobreza en prioritarios y no prioritarios.

❖ Lactantes y Pre – escolares

Niños y niñas de 6 – 36 meses.

Serán beneficiarios en los 36 distritos prioritarios todos los niños y niñas que presenten según el indicador P/E, riesgo nutricional - 1 DE (no incremento adecuado de peso en 2 controles sucesivos), o desnutrición - 2DE, permanecen en el programa por 6 a 9 meses o hasta lograr su recuperación según P/T. Se entregaran 9 libras por mes.

En los 32 distritos no prioritarios todos los niños y niñas que presenten desnutrición según P/E – 2DE. Durante 6 a 9 meses o hasta lograr la recuperación según P/T.

Niños y niñas entre 37 y 59 meses con –2DE de acuerdo a P/E. Durante 6 a 9 meses o hasta lograr la recuperación según P/T. Se entregarán 9 libras por mes.

Se entiende por riesgo nutricional: niños y niñas que no aumentan de peso y/o pierden peso en dos controles sucesivos y que se encuentran entre -1 a -2 DE.

Se entiende por desnutridos: los clasificados bajo peso -2 DE o más relación peso/edad.

Embarazadas: En los 36 distritos prioritarios serán beneficiarios todas las gestantes clasificadas con estado nutricional normal con bajo incremento de peso hasta que el niño cumpla los 6 meses de vida.

Igualmente serán beneficiarias todas las gestantes clasificadas en la categoría de bajo peso, según la gráfica de incremento ponderal propuesta por el programa maternal, desde su captación hasta los 6 meses de vida del recién nacido.

En los distritos no prioritarios serán beneficiarias solas las gestantes clasificadas en la categoría bajo peso según la gráfica de incremento ponderal hasta que el niño cumpla 6 meses de vida.

Pacientes con tuberculosis (TBC) En los distritos prioritarios se ofrecerá un vaso de crema diario a cada paciente que asista a la instalación a recibir su tratamiento médico (TAES).

Con relación al abastecimiento, almacenamiento y distribución de los alimentos, podemos señalar los siguientes aspectos:

- ✓ Las entregas de alimentos se harán por el proveedor a las instalaciones de salud establecidas en el cronograma de licitación.
- ✓ El gerente local debe tomar las medidas pertinentes para adecuar un espacio para el almacenamiento del producto y el control de las salidas y entradas.
- ✓ De acuerdo con el recurso humano con que cuente la instalación en donde se entrega el producto, se deberá asignar un funcionario con responsabilidad administrativa: firma de entrega de alimentos, verificación de cantidad de alimentos, condiciones de los alimentos, un funcionario de control de vectores que se encargará del control de plagas del depósito y un trabajador manual que se encargara del manejo físico del producto.

Para efecto de este estudio analizaremos las funciones del nivel local:

- Estimar las necesidades anuales de alimentos de acuerdo a la población estimada, meta programada y cantidad distribuida en el periodo anterior.
- Distribuir en forma oportuna los alimentos de acuerdo a las normas técnicas establecidas.
- Mantener un registro adecuado de los alimentos almacenados y distribuidos.
- Revisar y analizar conjuntamente con el funcionario de registros médicos los informes de distribución de alimentos antes de ser enviados al nivel regional.

- Orientar a las madres embarazadas, lactantes y niños menores de 5 años sobre la necesidad de una alimentación adecuada en calidad y cantidad en estos periodos de vida .

2.4 ENFOQUES TEORICOS DE EVALUACIÓN

Concepto

Las organizaciones bien administradas requieren de gerentes, conscientes del papel que juega la evaluación en una efectiva gestión gerencial.

Los administradores deben evaluar programas y servicios que le permitan determinar si estos son eficientes y contribuyen al logro de los objetivos tanto de la organización como del mismo programa.

Sabemos el valor de la **evaluación** en la gerencia de una organización y de allí la importancia de **conceptualizarla**. Son diversos los escritos que definen la **evaluación**:

“Proceso periódico de recopilación y análisis de datos o el ordenamiento de los mismo de manera que la información resultante pueda ser utilizada para determinar si una organización o programa esta llevando a cabo en forma efectiva las actividades programadas, y la medida en la que se están logrando los objetivos y los resultados anticipados”.

La OECD (1998) indica que es “ una valoración tan sistemática y objetiva como sea posible de un proyecto, programa o política que se esta desarrollando o se ha completado su diseño, implementación y resultados. La evaluación debería brindar información que es creíble y útil, posibilitando la incorporación de las lecciones aprendidas en el proceso de toma de decisiones “.

Por otro lado Rosi et al (1999) define evaluación como" el uso de procedimientos científicos para sistemáticamente investigar la efectividad de los programas. La evaluación es un instrumento para estudiar, comprender y ayudar a mejorar los programas en todos sus aspectos importantes, incluyendo el diagnóstico de los problemas a los que se dirigen, su conceptualización y diseño, su implementación y administración, sus resultados y eficiencia".

En cada uno de estos conceptos podemos identificar algunos elementos críticos, tales como:

- La evaluación es un proceso, que implica procedimientos organizados y sistemáticos.
- La base fundamental es la información y el análisis de los datos.
- Es una herramienta fundamental para la toma de decisiones y mejora de la calidad de la gestión.

En resumen, la evaluación es una forma de aprender de la experiencia, es un ejercicio para conseguir nueva información y aprender. **El entender y aprender es la razón de ser de la evaluación.**

Es importante recalcar que para evaluar se debe comparar con algún estándar o punto de referencia, que ha sido establecido explícita o implícitamente y para garantizar la validez de sus interpretaciones, la evaluación debe regirse por criterios de rigurosidad científica. De esta forma los evaluadores utilizan teorías, métodos y técnicas de la ciencia.

En una evaluación, se debe recolectar, analizar e Interpretar los datos para fundamentar el carácter científico.

La evaluación es una de las herramientas más importantes para los administradores y les permite realizar concienzudamente las siguientes funciones:

- Determinar la eficiencia y efectividad de los programas.
- Determinar si las estrategias son apropiadas.
- Decidir si es necesario modificar las estrategias y servicios.
- Verificar si los clientes tienen otras necesidades.

El administrador debe manejar la herramienta de la evaluación en forma responsable con plena participación de todos los integrantes de la organización; de manera que se fomente un mayor compromiso y dedicación.

En general, se pueden distinguir dos tipos de evaluación: formativa y sumativa.

La evaluación formativa es aquella que se realiza regularmente para guiar y posiblemente corregir el desempeño, su objetivo fundamental es el mejoramiento. La sumativa, por el contrario pretende establecer las metas y los cambios logrados, y las variables del resultado e impacto.

Una vez determinada la importancia de la evaluación, es necesario determinar quien o quienes deben realizarla.

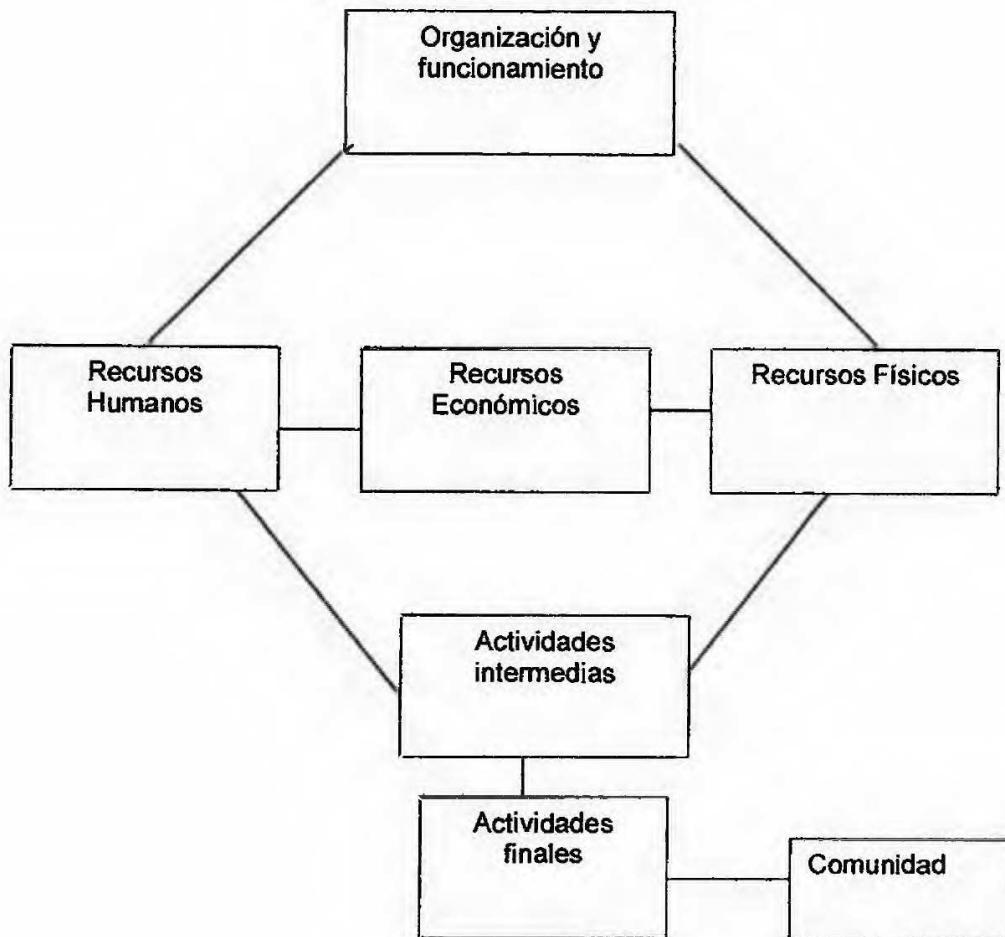
Tradicionalmente se han distinguidos dos evaluaciones: internas y externas. En la evaluación interna son los mismos miembros de la organización los que llevan a cabo la evaluación. En la externa la misma es realizada por un profesional que no pertenece a la organización.

Ambas evaluaciones tienen limitaciones; de tal manera que se recomienda que la organización utilice ambos enfoques.

En una organización o sistema de salud podemos realizar evaluación de diferentes áreas. (Ver Figura 1. Áreas de evaluación)³

MALAGON,GALAN Y PONTON (2000). Administración Hospitalaria. 2ª edición. Editorial Médico-Panamericana. Colombia

Fig. 1. Áreas de Evaluación



Elementos de la evaluación:

Algunos autores hablan de 6 a 5 elementos fundamentales en el proceso de evaluación. Desarrollaremos el enfoque que considera 5 elementos:

- **Demanda:** Este componente incluye una serie de variables inherentes a los usuarios de los servicios; dentro de los cuales se mencionan estructura por edad, sexo, zona y región; también se consideran las barreras de acceso económico, cultural y geográfico.
- **Oferta:** Este componente se conoce también con el término de “estructura” y agrupa la organización, los insumos y los sistemas de información existentes. En lo relativo a los recursos humanos, físicos y económicos, y en el sistema de información se debe incluir el contenido, frecuencia de suministro de los datos y los niveles de análisis.
- **Proceso:** En este componente se pueden estudiar dos enfoques. En el primero se puede estudiar la naturaleza y el contenido de la atención brindada, la secuencia de los procedimientos efectuados. En el segundo enfoque recoge la opinión de los usuarios, contenido de la atención, cobertura y oportunidad.
- **Resultado:** Este elemento también se conoce como “ producto” de las acciones e incluye actividades finales.

➤ Impacto: También es conocido como el “efecto” logrado en términos de disminución del riesgo de enfermar o morir de la población beneficiada, calidad de atención brindada, costo-beneficio y satisfacción del prestador y receptor del servicio.

Como ya hemos visto la evaluación es una herramienta administrativa utilizada para recolectar información validarla y valorarla científicamente. La evaluación de los programas de salud es reciente si la comparamos con evidencias de evaluación de capacitación laboral desde la década del 50. Los programas educativos fueron pioneros para ser valorados con modelos de evaluación.

En el campo de la salud pública desde hace varias décadas se realizan evaluaciones de intervenciones específicas.

No se trata sin embargo que la evaluación haya sido ignorada de los programas de salud. Hay elementos evaluativos que llevan años desarrollándose y aplicándose. En Panamá un ejemplo claro son los esfuerzos realizados en cuanto a la medición de la calidad de atención en los servicios de salud, los estudios de satisfacción de los usuarios, los análisis de situación, las auditorías médicas y de establecimientos, los estudios epidemiológicos y la investigación clínica. Todas estas actividades representan una clara evidencia de que los procesos evaluativos han estado presente en nuestro sistema de salud.

El Programa de Alimentación Complementaria ha sido evaluado en dos enfoques importantes: aceptabilidad e impacto en el año 2000 y 2001 respectivamente. Estos resultados nos han llevado a considerar que:

- Los Programas nutricionales “requieren de un proceso continuo de evaluación que observe críticamente su eficiencia”
- La evaluación integrada del programa puede ser la forma más efectiva y menos costoso de resolver problemas críticos.
- Además de valorar el impacto y aceptabilidad del programa es necesario considerar la eficiencia del mismo y como podría afectar el impacto.

CAPITULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 ÁREA DE ESTUDIO:

El presente estudio se realizará en el Centro Materno Infantil de Antón, el cual está ubicado en el distrito de Antón, ubicado en la posición **#32 de los distritos más pobres del país.**

El Centro Materno Infantil de Antón tiene como población bajo responsabilidad 18,611 habitantes según estimación de población del 2003; distribuidos en 5 corregimientos a saber Corregimiento de Antón Cabecera, San Juan de Dios, Caballero, El Chirú, Juan Díaz. Estos corregimientos tienen cada uno un Puesto de Salud a excepción del corregimiento de San Juan de Dios que cuenta con un Sub-Centro.

Entre las modalidades asistenciales más desarrolladas en esta institución podemos mencionar las siguientes:

- **Consulta Externa:** Se ofrece atención a la población en los programas de Salud infantil, a la mujer, adulto, adolescente, y salud escolar. Se prestan los servicios de medicina general, enfermería y odontología. Esta modalidad asistencial se desarrolla en la consulta externa.
- **Hospitalización:** Se atiende embarazadas en labor de parto, y población general que se le ofrece la cartera de servicio de observación de adultos y de niños. El periodo de permanencia en observación va de 2 a 24 horas.

- **Urgencia:** Se cuenta con personal médico y de enfermería 24 horas para la atención de urgencias.
- **Giras de Salud Integral.** La atención se brinda en los Puestos de salud, o algún lugar que ofrezca la comunidad. Se brinda los servicios de medicina general, enfermería, odontología y farmacia como mínimo. El servicio de medicina debe atender un máximo de 50 pacientes.
- **Visitas a domicilio:** Son aquellas que realiza personal de salud, con el propósito de captar pacientes inasistentes a los diferentes programas, pacientes desnutridos, y otros.
- **Visitas a pacientes encamados:** Son aquellas visitas que tienen como propósito acercar al equipo de salud a pacientes encamados. El recurso básico que participa en esta modalidad es el médico y la enfermera. Por visita se debe atender un máximo de 10 pacientes.
- **Jornadas de vacunación:** Son aquellas que son programadas por el nivel nacional, regional y local con el objetivo de vacunar masivamente a la población. En esta modalidad participa todo el equipo de salud.
- **Giras de Papanicolau:** Giras realizadas con el fin de captar la población femenina para brindar esta importante atención.
- **Giras escolares:** Son las realizadas por los servicios de odontología, medicina y enfermería. El objetivo es desarrollar las actividades del programa de salud escolar.

- **Giras en la Unidad Móvil Odontológica:** Son las desarrollas por el servicio de odontología dos veces al año en la unidad móvil a las escuelas que se seleccione. El recurso básico nuclear es el odontólogo.
- **Giras de planificación familiar:** Son aquellas que tienen por objeto acercar los métodos de planificación familiar a poblaciones alejadas. Solo se atienden aquellas mujeres que desean planificar y se les realiza control a las que ya están planificando.

El Centro Maternoinfantil cuenta además con un equipo básico para la atención continua que incluye; enfermeras, médicos, odontólogos, laboratorio y farmacia y la atención programada de: estimulación temprana, trabajo social y psicología.

La relación médico / habitante es de 2.6 médico por cada 10,000 habitantes y de 3.7 enfermera por cada 10,000 habitantes.

El Centro Materno Infantil de Antón está ubicado aproximadamente a 10 minutos del Hospital Aquilino Tejeira de Penonomé su principal centro de referencia. De igual manera sirve de centro de referencia a Puestos de salud y Centros de Salud de menor complejidad.

Depende jerárquicamente de una jefatura Distrital, clasificada por departamentos y que conforman el Equipo Distrital.

3.2 TIPO DE ESTUDIO

Según el problema y los objetivos planteados el estudio es descriptivo. Es descriptivo porque pretende evaluar las normas del programa de alimentación complementaria así como explorar sobre el cumplimiento de las actividades técnicas y administrativas del programa.

3.3 DEFINICIÓN DE VARIABLES:

Las variables principales en este estudio son:

- ♦ Actividades técnicas del Programa de Alimentación Complementaria: criterios de inclusión al programa, diagnóstico de ingreso, educación nutricional, orientación sobre preparación de nutricrema, entrega de nutricrema, diagnóstico de egreso.
- ♦ Actividades administrativas del programa de alimentación complementaria: abastecimiento de nutricrema, almacenamiento de nutricrema, funciones administrativas del nivel local.
- ♦ Indicadores nutricionales: Desnutrición leve, desnutrición moderada, desnutrición severa (6-59 meses), riesgo de bajo peso, bajo peso (embarazada). peso, edad, talla, peso / edad, peso / talla, talla / edad .

3.3.1 Definición Conceptual.

Actividades técnicas del Programa de Alimentación Complementaria:

Son el conjunto de actividades que debe realizar el prestador de la atención al beneficiario según la normativa del programa.

Criterios de inclusión al programa:

Niños y niñas de 6 – 36 meses: Serán beneficiarios en los 36 distritos prioritarios todos los niños y niñas que presenten según el indicador P/E, riesgo nutricional - 1DE o -2DE. En los 32 distritos no prioritarios todos los niños y niñas que presenten desnutrición moderada.

Niños y niñas de 37 y 59 meses: En los distritos prioritarios y no prioritarios serán beneficiarios todos los niños y niñas con desnutrición moderada de acuerdo a P/E.

Embarazadas: En los 36 distritos prioritarios serán beneficiarios todas las gestantes clasificadas con estado nutricional normal con bajo incremento de peso.

Igualmente serán beneficiarias todas las gestantes clasificadas en la categoría de bajo peso, según la gráfica de incremento ponderal propuesta por el programa maternal. En los distritos no prioritarios serán beneficiarias solas las gestantes clasificadas en la categoría bajo peso según la gráfica de incremento ponderal hasta que el niño cumpla 6 meses de vida.

Pacientes con tuberculosis (TBC): En los distritos prioritarios se ofrecerá un vaso de crema diario a cada paciente que asista a la instalación a recibir su tratamiento médico (TAES).

Diagnóstico de ingreso: Es aquel que se registra al captarse el paciente en la atención de salud.

Educación nutricional: Estrategia utilizada para contribuir a la seguridad alimentaria familiar, ayudando a desarrollar la capacidad de la población para utilizar mejor los productos alimenticios.

Orientación sobre preparación de Nutricrema: Es la orientación dada por el prestador de la atención sobre la preparación de nutricrema. La nutricrema se prepara cada vez que vaya ser utilizada a razón de dos a tres cucharadas llenas de crema por una taza de agua, cocinar por un minuto y consumir.

Entrega de nutricrema:

Niños y niñas de 6-59 meses: Se entregará nutricrema por 6 a 9 meses o hasta lograr su recuperación según P/T. Se entregaran 9 libras por mes.

Embarazadas: Se entregará nutricrema desde su captación hasta los 6 meses de vida del recién nacido.

Paciente con Tuberculosis: Se ofrecerá un vaso de crema diario a cada paciente que asista a la instalación a recibir su tratamiento médico (TAES).

Diagnóstico de egreso: Es el registro del diagnóstico al cumplir con los criterios de egreso del programa.

Actividades administrativas del programa de alimentación complementaria:

Son el conjunto de actividades administrativas que debe realizar el prestador según la normativa del programa.

Abastecimiento de nutricrema: Es la recepción oportuna de la nutricrema, en cantidad y tiempo determinado.

Almacenamiento de nutricrema: Consideraciones detalladas con respecto al local, material, equipo y registros necesarios para guardar el producto y realizar los inventarios.

Funciones administrativas del nivel local:

- Estimar las necesidades anuales de alimentos de acuerdo a la población estimada, meta programada y cantidad distribuida en el período anterior.
- Distribuir en forma oportuna los alimentos de acuerdo a las normas técnicas establecidas.
- Mantener un registro adecuado de los alimentos almacenados y distribuidos.
- Revisar y analizar conjuntamente con el funcionario de registros médicos los informes de distribución de alimentos antes de ser enviados al nivel regional.
- Orientar a las madres embarazadas, lactantes y niños menores de 5 años sobre la necesidad de una alimentación adecuada en calidad y cantidad en estos períodos de vida .

Indicadores Nutricionales: Son las diferentes categorías y elementos que se utilizan para medir las condiciones nutricionales del individuo

Desnutrición leve: Niños y niñas que no aumentan de peso y/o pierden peso.

Desnutrición moderada:

- ♦ Es una enfermedad que se presenta cuando no se comen las cantidades de alimentos que el organismo necesita. Se caracteriza por: bajo peso, retardo en el crecimiento y desarrollo, disminución de actividades físicas, menor resistencia a enfermedades e infecciones, deficiencia de micronutrientes.
- ♦ **Bajo peso en embarazada:** Mujer en período de gestación que presenta déficit de peso en relación con el gráfico de incremento ponderal de la embarazada.
- ♦ **Riesgo de Bajo Peso:** Incremento de peso inferior a 1.1 Kg por mes.

Peso: Masa corporal expresada en kilogramos

Edad: Número de años de vida de un individuo.

Talla: El aumento en estatura de un individuo y se expresa en un sistema de medición.

Peso / Edad: El peso para la edad refleja el crecimiento de la masa corporal con relación a los años de vida sin tomar en cuenta la talla alcanzada en ese período. Es un indicador global, que expresa desnutrición crónica, no permite diferenciar los casos agudos de los antiguos y no considera las particularidades genéticas.

Peso / Talla: Refleja el crecimiento de la masa corporal con relación a la estatura alcanzada. Es un indicador de alarma y refleja desnutrición aguda, permite valorar a corto plazo la recuperación nutricional.

Talla para la edad: Refleja desnutrición crónica es relevante en la etapa escolar donde ya se ha mostrado la tendencia definitiva del crecimiento.

Incremento de masa corporal: Es la relación peso/talla considerando el incremento de peso por la gestación, en una relación de 1.1 Kg. por mes.

3.3.2 Definición Operacional:

Actividades técnicas del Programa de Alimentación Complementaria:

Son el conjunto de actividades que contempla la norma del PAC para la atención de los beneficiarios.

Criterios de inclusión al programa: Niños y niñas de 6-36 meses con desnutrición leve y moderada, niños y niñas de 37-59 meses con desnutrición moderada, embarazadas con bajo peso, paciente con diagnóstico de tuberculosis.

Diagnóstico de ingreso: Es el registrado en el expediente en la consulta que indique "ingreso al PAC".

Educación nutricional: Registro de orientación nutricional con especificación del tema.

Orientación sobre preparación de nutricrema: Registro en el expediente de "orientación sobre preparación de nutricrema".

Entrega de nutricrema: Constancia en el expediente clínico de la entrega la nutricrema: niños(as) de 6-59 meses y embarazadas 9 libras de nutricrema, pacientes con tuberculosis 3 libras.

Diagnóstico de egreso: Es el registrado en el expediente al cumplir los nueve meses en el programa o presentarse inasistencia a tres controles continuos.

Actividades administrativas del PAC:

Son el conjunto de actividades administrativas que contempla las normas del PAC para la administración del programa.

Abastecimiento de nutricrema: Existencia de nutricrema según las necesidades en el período de estudio.

Almacenamiento de nutricrema: Espacio físico que cumple con los requisitos mínimos como deposito de nutricrema, será evaluado formal, semi-formal e improvisada.

Funciones administrativas del nivel local:

- El coordinador manifiesta que realiza estimaciones anuales de programación de nutricrema, se observa el documento utilizado para tal fin.

- ▶ Se observa condiciones de almacenamiento adecuadas. (Espacio formal, nutricrema esta sobre tarimas o tablas, las ventanas tienen mallas).
- ▶ El coordinador manifiesta que revisa y analiza con el funcionario de registros médicos los informes de distribución de alimentos antes de ser enviados al nivel regional.

Indicadores Nutricionales: Son las categorías y niveles que establecen las normas del PAC para evaluar el estado nutricional de los beneficiarios del programa y los establecidos por el investigador.

Desnutrición leve: Niños y niñas que no aumentan de peso en dos controles sucesivos y se encuentran en canal "D" en el gráfico peso / edad.

Desnutrición moderada: Los clasificados bajo peso $<2DE$ o más y se encuentran en el canal " E" en el gráfico peso / edad.

Bajo peso en embarazada: Gestante clasificada según la gráfica de incremento ponderal de la embarazada en el canal "D".

Riesgo de Bajo peso: Embarazada que no registra incremento de peso en los controles.

Peso: Masa corporal expresado en Kg.

Edad: Número de años de vida de un individuo al 1 de enero 2003. Expresado en años para el adulto y meses a los menores de 5 años.

Talla: Estatura expresada en centímetros.

Peso /Edad: El peso para la edad registrado en la gráfica de crecimiento de niño o niña utilizada en las normas infantiles del Ministerio de Salud.

Peso / Talla: El peso para la talla en la gráfica de crecimiento del niño y niña utilizada en las normas infantiles del Ministerio de Salud.

Talla/ edad: Es la talla para la edad según la gráfica de niño y niña utilizada en las normas infantiles del Ministerio de Salud.

3.4 UNIVERSO

El universo o la población de estudio está constituido por el total de pacientes que ingresaron al PAC en el primer trimestre 2003. Se realizó el estudio con 44 beneficiarios.

Tipo de Beneficiario	Cantidad
TOTAL	44
6-36 meses	12
37-59 meses	9
Embarazada	23
TBC	0

3.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO.

Criterios de inclusión:

Que la tarjeta del PAC tenga consignado ingreso al programa en el 1er trimestre 2003 y número de cédula o cuadrícula.

Criterios de exclusión:

Que la tarjeta del PAC no tenga consignado ingreso al programa en el 1er trimestre 2003 o número de cédula o cuadrícula.

3.6 FUENTE DEL ESTUDIO

La fuente para identificar los sujetos de estudio fue el tarjetario del Programa, se tomo en cuenta los activos y los pasivos.

La fuente para identificar las variables de estudio fue el expediente clínico. De igual manera se utilizo el área de almacenamiento y al coordinador local del programa.

3.7 RECOLECCIÓN DEL DATO.

Se utilizó el método de la observación y la encuesta. Los instrumentos que se utilizaron fueron: formulario estructurado para obtener datos del expediente clínico con relación a las actividades técnicas del programa, lista de cotejo para evaluar el área de almacenamiento y entrevista estructurada con el fin de identificar las funciones administrativas del nivel local. Se utilizaron fuentes primarias y secundarias. Las fuentes primarias se obtuvieron utilizando la entrevista estructurada y la lista de cotejo; las secundarias haciendo uso del formato estructurado para la extracción de datos del expediente clínico.

(Anexo 1)

3.8 DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO.

Para la realización de este estudio contamos con tres instrumentos:

No1: Formulario estructurado para obtener datos del expediente clínico: Consta de 24 preguntas, 10 son cerradas y 14 abiertas, su objetivo principal es valorar el cumplimiento de las actividades técnicas en la atención del beneficiario del programa de alimentación complementaria.

En este formulario se extraen datos generales del beneficiario, así como, las actividades técnicas realizadas al mismo. El mismo fue elaborado por la investigadora basándose en la normativa del programa de alimentación complementaria. (Anexo 2)

No 2 Lista de cotejo: Utilizada para evaluar el almacenamiento y conservación de la nutricrema, su objetivo principal es identificar las condiciones de almacenamiento, consta de tres partes, la primera evalúa el tipo de bodega de almacenamiento, la segunda los materiales de construcción de la misma y la tercera las condiciones generales de la bodega. El instrumento fue elaborado por la investigadora utilizando como base el elaborado por CARE para la evaluación funcional del programa de alimentación complementaria en Guatemala en 1995. (Anexo 3)

No 3 Entrevista estructurada: Su objetivo es determinar el cumplimiento de las funciones administrativas del nivel local, el mismo se dirigió al coordinador del programa. Consta de 6 preguntas cerradas de tipo dicotómicas. (Anexo 4)

3.9 PLAN DE ANÁLISIS.

Se utilizó estadística descriptiva, medidas de tendencia central, medidas de dispersión, índice de kappa; con el fin de describir y analizar los datos.

Se elaboró un índice de cumplimiento de las actividades técnicas del programa de alimentación complementaria, el cual consta de cinco ítem: criterio de inclusión, diagnóstico de ingreso, orientación nutricional, orientación sobre preparación de nutricrema, número de entregas de nutricrema y el registro correcto del diagnóstico de egreso. Para evaluar los índices utilizaremos la siguiente clasificación:

Puntaje	Calificación
1.0-0.91	Excelente
0.90-0.81	Muy Bueno
0.80-0.71	Bueno
0.70-0.61	Regular
Menos de 0.60	Deficiente

CAPITULO IV

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Análisis de los resultados:

El estudio se realizó en 44 beneficiarios del programa, la clasificación según tipo de beneficiario se describe en el cuadro I y la figura 2. Los datos referentes al sexo y la edad se señalan en el cuadro II y III.

Las actividades técnicas del programa son descritas del cuadro V al XVI, en ellos se señalan cada uno de los criterios de estudio (criterio de inclusión al programa, concordancia de diagnóstico de ingreso, orientación nutricional, orientación sobre preparación de nutricrema, concordancia de diagnóstico de egreso).

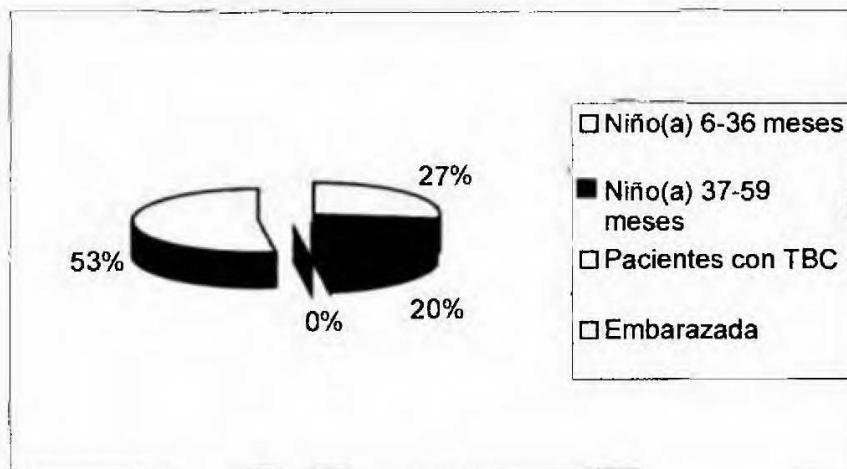
Las actividades administrativas relacionadas con el área de almacenamiento se presentan en la figura 9 y las funciones administrativas del nivel local, se resumen en el cuadro XVII.

CUADRO 1. BENEFICIARIOS INGRESADOS AL PAC EN EL CENTRO MATERNOINFANTIL DE ANTÓN. 1ER TRIMESTRE 2003.

Tipo de Beneficiario	Número	Porcentaje
TOTAL	44	100
Niño(a) 6-36 meses	12	27.3
Niño(a) 37-59 meses	9	20.4
Pacientes con TBC	0	0
Embarazada	23	52.3

Fuente: Encuesta de evaluación técnica-administrativa del PAC en el CMI de Antón. Octubre 2004.

Figura No 2. Beneficiarios ingresados al PAC en el Centro MaternoInfantil de Antón. 1er trimestre 2003.



Fuente: Encuesta de evaluación técnica-administrativa del PAC en el CMI de Antón. Octubre 2004.

De los beneficiarios del programa de alimentación complementaria en el 1er trimestre 2003 en el Centro MaternoInfantil de Antón, podemos observar que el mayor porcentaje se encuentra en el grupo de mujeres embarazadas con un 53%, seguido del grupo de niños y niñas de 6-36 meses con un 27% y el grupo de 37-59 meses con un 20%, los pacientes con TBC marca un 0%.

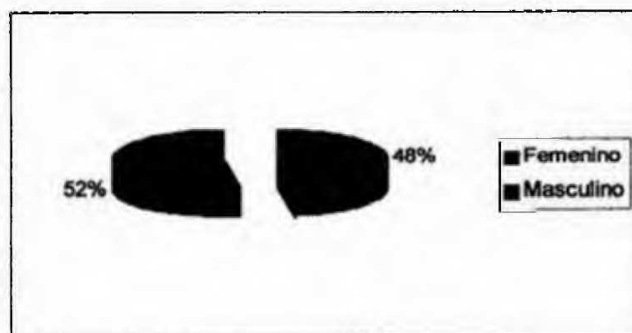
No deja de ser importante señalar el hecho de que no se registra ningún paciente con TBC ingresado al programa durante este período.

CUADRO II. BENEFICIARIOS DE 6-59 MESES SEGÚN SEXO INGRESADOS AL PAC EN EL CMI DE ANTÓN. 1ER TRIMESTRE 2003.

Sexo	Número	Porcentaje
TOTAL	21	100
Femenino	10	48
Masculino	11	52

Fuente: Encuesta de evaluación técnica-administrativa del PAC en el CMI de Antón. Octubre 2004.

Figura No 3. Beneficiarios de 6-59 meses según sexo ingresados al PAC en el CMI de Antón. 1er trimestre 2003.



Fuente: Encuesta de evaluación técnica-administrativa del PAC en el CMI de Antón. Octubre 2004.

La distribución por sexo de los beneficiarios de 6-59 meses es del 48% femenino y el 52% masculino.

CUADRO III. EMBARAZADAS SEGÚN GRUPO DE EDAD INGRESADAS AL PAC EN EL CENTRO MATERNOINFANTIL DE ANTÓN. 1ER TRIMESTRE 2003.

Grupos de edad	Numero	Porcentaje
TOTAL	23	100
15-19	7	30
20-24	5	22
25-29	5	22
30-34	3	13
35-39	2	9
40-44	1	4

Fuente: Encuesta de evaluación técnica-administrativa del PAC en el CMI de Antón. Octubre 2004.

$$X = \sum m_i f_i / \sum f_i$$

$$X = 25 \text{ años}$$

$$DE = \sum (M_i - X)^2 f_i / \sum f_i - 1$$

$$DE = 7.49$$

$$IC = X \pm t_{(1-\alpha/2)} s / \sqrt{n}$$

$$IC = 25 \pm 3.23$$

$$IC = 22 \pm 28$$

De las 23 embarazadas ingresadas 7 (30%) son mujeres de 15 a 19 años, el grupo de embarazadas con edad entre 20-24 y de 25 - 29 tienen un 22% cada uno, las de 35 - 44 años representa un 13%.

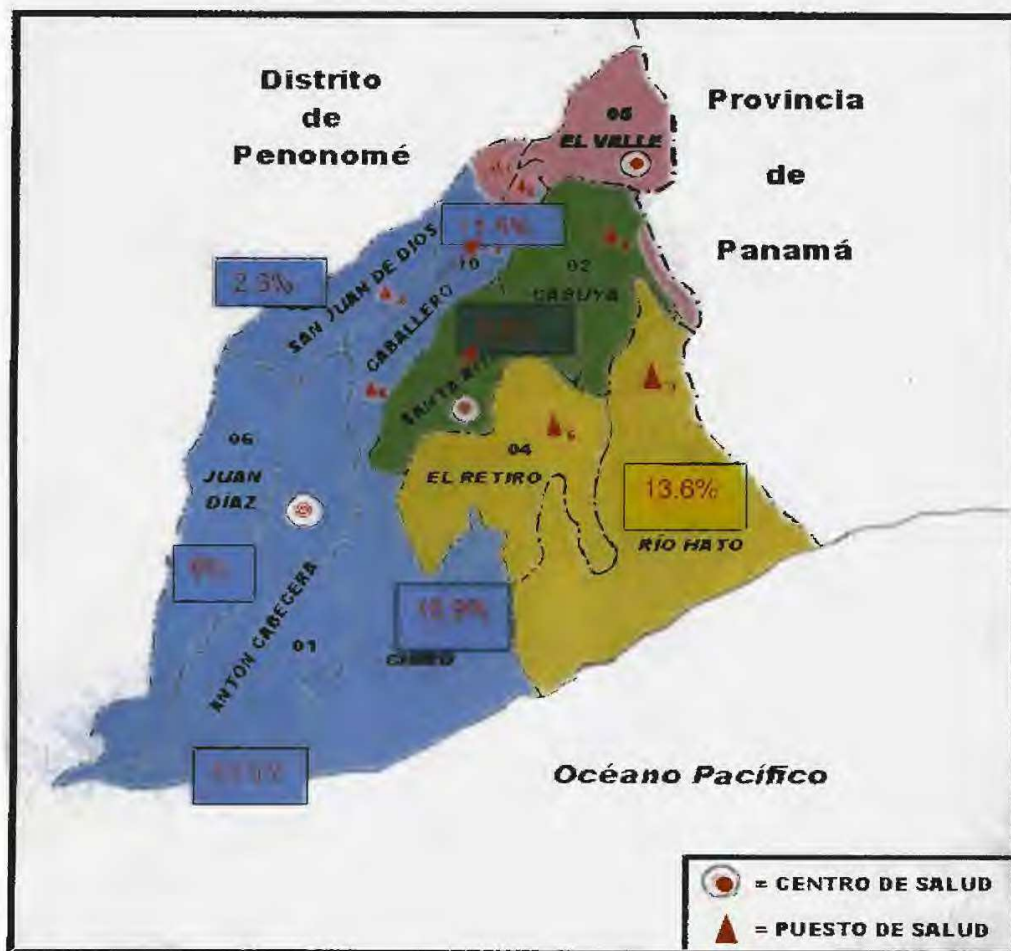
La edad promedio de las embarazadas ingresadas al PAC es de 25 años, con una desviación estándar es 7.49 años. Podemos estimar con un 95% de confianza que la edad de las embarazadas ingresadas al programa se concentra entre 22 –28 años.

Cuadro IV. BENEFICIARIOS DEL PAC SEGÚN CORREGIMIENTO DE PROCEDENCIA EN EL CMI DE ANTÓN. 1ER TRIMESTRE 2003.

Corregimiento	Número	Porcentaje
TOTAL	44	100
Antón	18	40.9
El Chirú	7	15.9
Río Hato	6	13.6
Caballero	5	11.54
Juan Díaz	4	9.0
Santa Rita	3	6.8
San Juan de Dios	1	2.3

Fuente: Encuesta de evaluación técnica-administrativa del PAC en el CMI de Antón. Octubre 2004.

Figura No 4. Beneficiarios del PAC según corregimiento de procedencia en el CMI de Antón. 1er trimestre 2003.



Fuente: Encuesta de evaluación técnica-administrativa del PAC en el CMI de Antón. Octubre 2004.

El mayor porcentaje de beneficiarios (40.9%) que acude al Centro MaternoInfantil de Antón es del corregimiento de Antón cabecera, siguiendo el corregimiento de El Chirú (15.9%) y Río Hato (13.6%). Con relación a los dos primeros corregimientos ambos son del área de responsabilidad del Centro MaternoInfantil como instalación de referencia, sin embargo el corregimiento de Río Hato cuenta con su instalación de referencia (CS de Río Hato) la que tiene de igual manera el PAC.

CUADRO V. CONCORDANCIA ENTRE DIAGNÓSTICO DE INGRESO DE LOS BENEFICIARIOS DEL PAC SEGÚN EL PRESTADOR DE LA ATENCIÓN Y LA INVESTIGADORA EN EL CMI DE ANTÓN. 1ER TRIMESTRE 2003.

Dx nutricional	Investigadora					TOTAL
	Normal	D. Leve	D. Moderada	Bajo peso	Riesgo de bajo peso	
Normal	0	0	0	0	0	0
D. Leve	0	3	0	0	0	3
D. Moderada	0	0	18	0	0	18
Bajo peso	0	0	0	17	0	17
Riesgo de bajo peso	1	0	0	5	0	6
	1	3	18	22	0	44

Fuente: Encuesta de evaluación técnica-administrativa del PAC en el CMI de Antón. Octubre 2004.

$$Po=3+18+17/44$$

$$Po=0.863$$

$$Pe=(1 \times 0)+(3 \times 3)+(18 \times 18)+(22 \times 17)+(0 \times 6)/(44)^2$$

$$Pe=0.365$$

$$\text{Índice de Kappa} = po - pe / 1 - pe$$

$$\text{Índice de Kappa} = 0.863 - 0.365 / 1 - 0.365$$

$$\text{Índice de Kappa} = 0.78$$

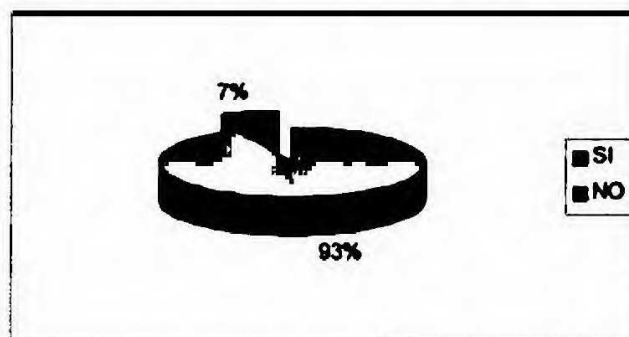
Podemos señalar que existe una buena concordancia en el diagnóstico de ingreso registrado en el expediente y el evaluado por la investigadora.

CUADRO VI. CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN AL PAC
SEGÚN EL GRUPO DE BENEFICIARIOS DEL CMI DE ANTÓN.
1ER TRIMESTRE 2003.

Tipo de Beneficiario	TOTAL		Cumplimiento de criterios de inclusión al PAC			
			SI		NO	
	No	%	No	%	No	%
TOTAL	44	100	41	93.1	3	6.8
6-36 meses	12	27.2	12	27.2	0	0
37-59 meses	9	20.4	7	15.9	2	4.5
Embarazada	23	52.3	22	50	1	2.3

Fuente: Encuesta de evaluación técnica-administrativa del PAC en el CMI de Antón. Octubre 2004.

Figura No 5. Cumplimiento de los criterios de inclusión de los beneficiarios del PAC en el CMI de Antón. 1er trimestre 2003.



Fuente: Encuesta de evaluación técnica-administrativa del PAC en el CMI de Antón. Octubre 2004.

El 93% de los beneficiarios que son incluidos al programa cumplen con los criterios estipulados en las normas del programa de alimentación complementaria y sólo tenemos un 7% que es incluido al programa y no cumple con los criterios de inclusión, lo que podría señalarnos que el recurso humano cumple en un alto porcentaje la normativa para la inclusión de los beneficiarios.

CUADRO VII. CONTROLES DE LOS BENEFICIARIOS DEL PAC EN EL CMI DE ANTÓN. 1ER TRIMESTRE 2003.

Controles	Número	Porcentaje
TOTAL	44	100
1-5	28	63.6
6-9	16	36.4

Fuente: Encuesta de evaluación técnica-administrativa del PAC en el CMI de Antón. Octubre 2004.

Tomando en consideración que la normativa establece de 6-9 controles en el programa de alimentación complementaria, podemos observar que el 63.6% de los beneficiarios recibe de 1-5 controles y sólo el 36.4% de los beneficiarios se le realizan de 6-9 controles.

CUADRO VIII. ENTREGA DE NUTRICREMA A BENEFICIARIOS DEL PAC EN EL CMI DE ANTÓN. 1ER TRIMESTRE 2003.

Entrega de nutricrema	Número	Porcentaje
TOTAL	44	100
1-5	42	95.4
6-9	2	4.5

Fuente: Encuesta de evaluación técnica-administrativa del PAC en el CMI de Antón. Octubre 2004.

Cada beneficiario debe recibir de 6 a 9 entregas de nutricrema, los datos evidencian que el 95.4% recibió de 1 a 5 entregas y solamente un 4.5% recibió de 6-9 entregas de nutricrema.

CUADRO IX. PROMEDIO DE CONTROLES VS PROMEDIOS DE ENTREGA DE NUTRICREMA SEGÚN TIPO DE BENEFICIARIOS DEL PAC. CENTRO MATERNOINFANTIL DE ANTÓN. 1ER TRIMESTRE 2003.

Tipo de beneficiario	Promedio de controles	Promedios de entrega de nutricrema
TOTAL	4.67	2.88
6-36 meses	6	3.9
37-59 meses	4.11	2.44
Embarazada	3.9	2.3

Fuente: Encuesta de evaluación técnica-administrativa del PAC en el CMI de Antón. Octubre 2004.

Según las Normas del Programa cada beneficiario debe recibir control de peso y entregas de nutricrema por un periodo de 6- 9 meses, en el cual recibirá 9 libras de nutricrema en cada entrega mensual.

En los beneficiarios estudiados podemos observar un promedio de controles que oscila entre 3.91 a 6, siendo superior en los niños de 6-36 meses(6) y el menor número de controles se da en la embarazada (3.9).

El promedio de controles en el beneficiario de 6-36 meses podría considerarse aceptable considerando que la normativa indica de 6-9 controles .

No podemos dejar de señalar el bajo número de controles en la beneficiaria embarazada, lo cual podría relacionarse con el período de captación del embarazo.

Por otro lado podemos señalar que el promedio de entregas de nutricrema oscila entre 2.3-3.9 entregas, el mayor valor se da en los beneficiarios de 6-36 meses (3.9) y el menor en el grupo de las embarazadas(2.3).

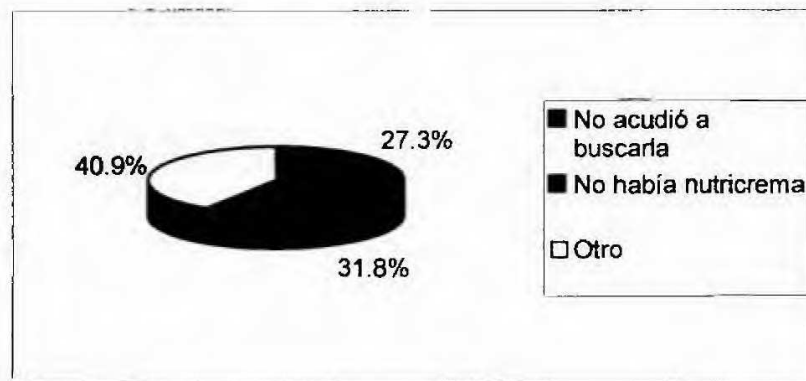
De igual manera comparamos el número de controles con el número de entregas podemos identificar que no existen entre estos congruencia y el número de controles es superior al número de entregas, lo cual evidencia que a pesar de que el paciente asista al control no necesariamente recibe la nutricrema.

CUADRO X. MOTIVO POR EL CUAL LOS BENEFICIARIOS DEL PAC RECIBIERON MENOS DE 6 ENTREGAS DE NUTRICREMA. CENTRO MATERNOINFANTIL DE ANTÓN 1ER TRIMESTRE 2003.

Tipo de beneficiario	Motivos de recepción de menos de 6 entregas de nutricrema							
	TOTAL		Pte no acudió a buscarla		No había nutricrema		Otro	
	No	%	No	%	No	%	No	%
TOTAL	44	100	12	27.3	14	31.8	18	40.9
6-36 meses	12	27.2	4	9.1	6	13.6	2	4.5
37-59 meses	9	20.4	3	6.8	3	6.8	3	6.8
Embarazada	23	52.3	5	11.4	5	11.4	13	29.6

Fuente: Encuesta de evaluación técnica-administrativa del PAC en el CMI de Antón. Octubre 2004.

Figura No 6. Motivos por el cual los beneficiarios del PAC recibieron menos de 6 entregas de nutricrema en el CMI de Antón. 1er trimestre 2003.



Fuente: Encuesta de evaluación técnica-administrativa del PAC en el CMI de Antón. Octubre 2004.

El 27.3%(1 de cada 4) de los beneficiarios recibieron menos de seis (6) entregas por que el paciente no acudió a buscarla, el 31.8% (1 de cada 3) porque no había nutricrema; mientras el 40.9% por otros motivos.

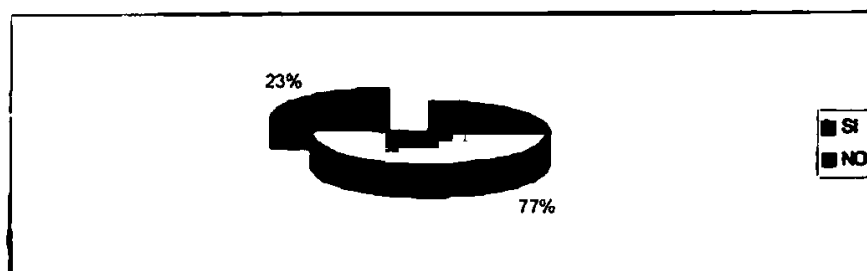
El grupo de beneficiarios que más aportó a otros motivos fue el grupo de embarazadas.

CUADRO XI. ORIENTACIÓN NUTRICIONAL SEGÚN TIPO DE BENEFICIARIO DEL PAC CENTRO MATERNOINFANTIL DE ANTÓN 1ER TRIMESTRE 2003.

Tipo de Beneficiario	TOTAL		Orientación Nutricional			
	No	%	SI		NO	
			No	%	No	%
TOTAL	44	100	34	77.3	10	22.7
6-36 meses	12	27.2	12	27.2	0	0
37-59 meses	9	20.4	9	20.4	0	0
Embarazada	23	52.3	13	29.5	10	22.7

Fuente: Encuesta de evaluación técnica-administrativa del PAC en el CMI de Antón. Octubre 2004.

Figura No 7. Orientación nutricional a los beneficiarios del PAC en el CMI de Antón. 1er trimestre 2003.



Fuente: Encuesta de evaluación técnica-administrativa del PAC en el CMI de Antón. Octubre 2004.

Como podemos observar el 77% de los beneficiarios recibieron una orientación en materia de nutrición durante sus controles. Sin embargo tenemos un porcentaje del 23% que durante todas las oportunidades de atención no se registró ningún tipo de educación nutricional.

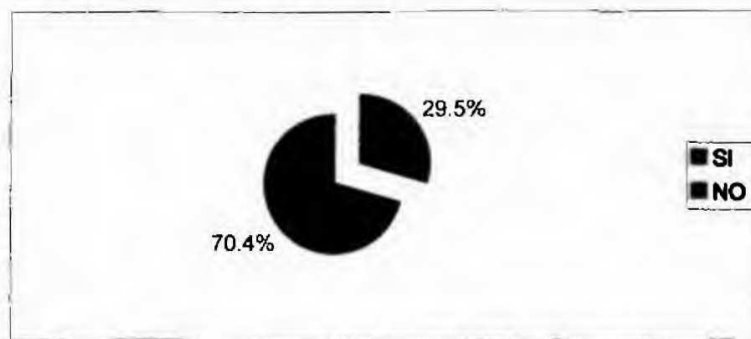
Es importante señalar que el grupo de beneficiario que aporta el porcentaje de beneficiarios que no recibieron orientación nutricional son las embarazadas, ya que los otros dos grupos recibieron orientación nutricional en un 100%.

CUADRO NO XII. ORIENTACIÓN SOBRE PREPARACIÓN DE NUTRICREMA SEGÚN TIPO DE BENEFICIARIO DEL PAC CENTRO MATERNOINFANTIL DE ANTÓN 1ER TRIMESTRE 2003.

Tipo de Beneficiario	TOTAL		Orientación preparación de nutricrema			
	No	%	SI		NO	
			No	%	No	%
TOTAL	44	100	13	29.5	31	70.4
6-36 meses	12	27.2	7	15.9	5	11.3
37-59 meses	9	20.4	2	4.5	7	15.9
Embarazada	23	52.3	4	9.1	19	43.2

Fuente: Encuesta de evaluación técnica-administrativa del PAC en el CMI de Antón. Octubre 2004.

Figura No 8. Orientación sobre preparación de nutricrema a los beneficiarios del PAC en el CMI de Antón. 1er trimestre 2003.



Fuente: Encuesta de evaluación técnica-administrativa del PAC en el CMI de Antón. Octubre 2004.

El 29.5% de los expedientes de los beneficiarios tienen registrado que durante sus controles se les dió orientación sobre la preparación de nutricrema, sin embargo tenemos un significativo 70.4% que durante ese período de control no recibió orientación sobre la preparación del producto.

Es importante recalcar que los porcentajes se mantienen similares en los diferentes grupos de beneficiarios, pero señalando un mayor incremento en el grupo de las embarazadas.

CUADRO XIII. INASISTENCIA A DOS CONTROLES SUCESIVOS SEGÚN TIPO DE BENEFICIARIO. CENTRO MATERNO INFANTIL DE ANTÓN. 1ER TRIMESTRE 2003.

Tipo de Beneficiario	TOTAL		Inasistencia a dos controles sucesivos			
			SI		NO	
	No	%	No	%	No	%
TOTAL	44	100	13	29.5	31	70.4
6-36 meses	12	27.2	4	9.09	8	18.2
37-59 meses	9	20.4	5	11.36	4	9.09
Embarazada	23	52.3	4	9.09	19	43.2

Fuente: Encuesta de evaluación técnica-administrativa del PAC en el CMI de Antón. Octubre 2004.

El 29.5% de los beneficiarios han faltados en dos controles continuos. Es importante señalar que sólo registramos la inasistencia a dos controles continuos, no así los beneficiarios que faltaban a varios controles en forma intermitente.

CUADRO XIV. VISITA DOMICILIARIA A LOS INASISTENTES AL PROGRAMA
SEGÚN TIPO DE BENEFICIARIO CENTRO MATERNO
INFANTIL DE ANTÓN. 1ER TRIMESTRE 2003.

Tipo de Beneficiario	TOTAL	Visita domiciliaria	
		SI	NO
TOTAL	13	0	13
6-36 meses	4	0	4
37-59 meses	5	0	5
Embarazada	4	0	4

Fuente: Encuesta de evaluación técnica-administrativa del PAC en el CMI de Antón. Octubre 2004.

De los beneficiarios que habían faltado a dos controles sucesivos a ninguno se le realizó visita domiciliaria.

CUADRO XV. CONCORDANCIA DEL DIAGNÓSTICO DE EGRESO DE LOS BENEFICIARIOS DEL PAC SEGÚN EL PRESTADOR DE LA ATENCIÓN Y LA INVESTIGADORA EN EL CMI DE ANTÓN. 1ER TRIMESTRE 2003.

		Investigadora					
Expediente	Dx nutricional	Normal	D. Leve	D. Moderada	Bajo peso	Riesgo de bajo peso	TOTAL
	Normal	0	0	0	0	0	0
	D. Leve	4	2	0	0	0	6
	D. Moderada	3	8	3	0	0	14
	Bajo peso	0	0	0	10	0	10
	Riesgo de bajo peso	1	0	0	8	0	9
	TOTAL	8	10	3	18	0	39

Fuente: Encuesta de evaluación técnica-administrativa del PAC en el CMI de Antón. Octubre 2004.

$$Po = 2 + 3 + 10 / 39 \quad Po = 0.384$$

$$Pe = (8 \times 0) + (10 \times 6) + (3 \times 14) + (18 \times 10) + (9 \times 0) / (39)^2$$

$$Pe = 0.185$$

$$\text{Indice de Kappa} = po - pe / 1 - pe \quad \text{Indice de Kappa} = 0.384 - 0.185 / 1 - 0.18$$

Un índice de kappa inferior a 0.4 nos indica una mala concordancia, para los diagnóstico de egreso registrado en el expediente y el evaluado por la investigadora.

Indice de Kappa=0.24

CUADRO XVI. ÍNDICE DE CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES
TÉCNICAS DEL PAC CMI DE ANTÓN. 1ER TRIMESTRE 2003.

Criterios	Ponderación propuesta	Valor de calificación	Ponderación lograda
TOTAL	1.0		0.563
Criterio de inclusión	0.20	41/44x0.20	0.186
Número de entregas	0.20	2.88/6x0.20	0.096
Orientación nutricional	0.20	34/44x0.20	0.154
Orientación preparación de nutricrema	0.20	13/44x0.20	0.059
Registro Correcto de Dx de egreso	0.20	15/44x0.20	0.068

Fuente: Encuesta de evaluación técnica-administrativa del PAC en el CMI de Antón. Octubre 2004.

La ponderación lograda para valorar el cumplimiento de las actividades técnicas alcanza un 0.563, lo que nos ubica en un índice de cumplimiento deficiente de acuerdo a la clasificación establecida. Es importante señalar los ítem con mayor evaluación fueron: cumplimiento de los criterios de inclusión y la orientación nutricional. Por otro lado los ítem con menor evaluación fueron: orientación sobre preparación de nutricrema, registro correcto del diagnóstico de egreso y el número de entregas de nutricrema.

Figura No. 9 Área de almacenamiento de la nutricrema en el CMI de Antón.
1er. trimestre 2003.



Las condiciones generales del lugar de almacenamiento son aceptables, ya que cumple con los criterios mínimos de almacenamiento, la bodega es formal, la nutricrema es colocada sobre tarimas y el área se mantiene libre de humedad.

CUADRO XVII. FUNCIONES ADMINISTRATIVAS LOCALES DEL PAC
REALIZADA EN EL CMI DE ANTÓN. 1ER TRIMESTRE
2003.

FUNCIONES	SI	NO
Se estiman las necesidades anuales de alimento.	✓	
Se mantiene un registro de los alimentos almacenados y distribuidos.	✓	
Se revisa conjuntamente con registros médicos y estadística los informes de distribución de alimentos.		✓
Se realizan evaluaciones de los resultados.		✓
Se realiza visita domiciliaria a los beneficiarios inasistentes.		✓

Fuente: Entrevista realizada al coordinador del PAC en el CMI de Antón. Oct. 2004.

Las funciones administrativas del nivel local se cumplen parcialmente, se realizan los procesos de estimaciones anuales de la necesidad de nutricrema y se mantiene un registro del control de los alimentos almacenados y distribuidos. Sin embargo, las funciones relacionadas con el análisis de los datos, de la revisión periódica de los mismos y las visitas domiciliarias no se realizan.

CONCLUSIONES

- ▶ El 78% de los beneficiarios del PAC en el Centro MaternoInfantil de Antón, proceden de los corregimientos de su área de responsabilidad.
- ▶ La concordancia del diagnóstico de ingreso realizado por el prestador de la atención y la normativa evaluada por la investigadora es buena tomando como referencia que el índice de kappa es de 0.78.
- ▶ El 93% de los beneficiarios que son incluidos al programa de alimentación complementaria en el CMI de Antón cumplen con los criterios estipulados en las normas del PAC.
- ▶ El promedio de controles a los que asisten los beneficiarios del programa, en el CMI de Antón oscila entre 3.91 a 6 controles, siendo superior en los niños de 6-36 meses (6) y el menor número de controles se da en la embarazada (3.9). El 36.4% de los beneficiarios recibe de 6-9 controles.
- ▶ El promedio de entregas de nutricrema en el CMI de Antón oscila entre 2.3-3.9 entregas en el periodo evaluado y sólo el 4.5% de los beneficiarios recibe de 6-9 entregas de nutricrema

- ▶ El promedio global de controles de los beneficiarios del PAC en el CMI de Antón es de 4.67 y el promedio de entregas de nutricrema es de 2.88, evidencia que no existe congruencia entre el número de controles y la entrega de nutricrema.
- ▶ El 27.3% de los beneficiarios recibieron menos de seis (6) entregas por que el paciente no acudió a buscarla, el 31.8% porque no había nutricrema y el 40.9% por otros motivos. El grupo de beneficiario que más aportó a otros motivos fueron las embarazadas.
- ▶ El 77% de los beneficiarios recibieron una orientación en materia de nutrición durante sus controles. El grupo de beneficiarios donde se consignó menor registro de orientación nutricional fueron las embarazadas.
- ▶ Solamente el 29.5% de los beneficiarios tienen registrado que durante sus controles se les dió como mínimo una orientación sobre la preparación de nutricrema.
- ▶ El 20% de los beneficiarios faltó a dos controles continuos y se observó la inasistencia a los controles en forma intermitente. De los pacientes inasistente a dos controles continuos a ninguno se le realizó visita domiciliaria.

- ▶ La concordancia del diagnóstico de egreso registrado por el prestador de la atención y la normativa evaluada por la investigadora es mala, tomando como referencia que el índice de kappa es de 0.24.
- ▶ Tomando en consideración los criterios elaborados para evaluar la calidad de las actividades técnicas realizadas del PAC, tenemos un índice deficiente.
- ▶ A pesar de que se realizan las estimaciones anuales de nutricrema, el abastecimiento de nutricrema es insuficiente según el coordinador del programa y considerando que el 31.8% de los beneficiarios no recibió nutricrema por no haber en la instalación el día del control.
- ▶ Las condiciones del área de almacenamiento son aceptables, cumple con los criterios mínimos de almacenamiento, la bodega es formal, la nutricrema es colocada sobre tarima, el área de almacenamiento está libre de humedad.
- ▶ Las funciones administrativas del nivel local son realizadas parcialmente. Se cuenta con el coordinador del programa, el cual realiza las estimaciones anuales de nutricrema, sin embargo no se realizan evaluaciones de los resultados del programa, ni se realizan visitas domiciliares a los inasistentes del programa.

RECOMENDACIONES

- ▶ Favorecer la sectorización con los beneficiarios de responsabilidad de los Centros de Salud de Río Hato y Santa Rita.
- ▶ Fortalecer la capacitación continua al personal de salud que realiza la atención en la normativa para la evaluación nutricional al ingreso y egreso del beneficiario del programa.
- ▶ Asegurar el abastecimiento del PAC a los beneficiarios incluidos al programa, por medio de un control que permita ingresar el número de beneficiarios acorde a las cantidades de nutricrema recibida.
- ▶ Fortalecer los conocimientos de los beneficiarios del programa sobre la preparación y alternativas alimenticias de la nutricrema, por medio de capacitaciones grupales e individuales.
- ▶ Establecer un sistema de visita domiciliaria a los pacientes inasistentes al programa y mantener una red de apoyo con los grupos organizados de la comunidad.
- ▶ Realizar evaluaciones periódicas del proceso técnico y administrativo como prioridades a desarrollar por el coordinador regional, distrital y local del programa.

- ▶ **Monitorear las funciones administrativas del nivel local y diseñar estrategias que le permitan ejecutarlas en forma efectiva y eficiente.**

BIBLIOGRAFÍA

- ÁTALA Y CABALLERO, E. (2001). Situación alimentaria nutricional. MINSA. Panamá. Pág. 59
- BEAGLEHOLE, BONITO Y KJELLSTROM. (1999). Epidemiología básica. Editorial OPS. Washington. Pág. 136
- CABALLERO, E Y SINISTERRA, O. (2001). Estudio de la aceptabilidad e impacto de la alimentación complementaria. MINSA-UNICEF. Panamá. Pág. 59.
- CABALLERO, E. et al. (2001). Normas de distribución de Alimentos. MINSA. Panamá. Pág. 36.
- CANALES, F. Metodología de la investigación. Editorial Paltex. OPS. Pág. 327.
- CAJA DEL SEGURO SOCIAL. (2000). Curso para personal de salud sobre metodología de la investigación. Editado por Manuel Escala Luzcando. Panamá. Pág. 116.
- CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA. (1999). Manual para elaboración y publicación de cuadros estadísticos. Cuarta edición. Panamá. Pág. 24.
- DE BRANDARIS, F. (1992). Propuesta de un sistema de vigilancia nutricional a través de encuesta para Panamá. Tesis. Universidad de Panamá. Panamá. Panamá. Pág. 323.

DICCIONARIO ENCICLOPÉDICO OCÉANO(1996). El pequeño Larousse ilustrado. Editorial Océano. Pág. 1971.

ENCICLOPEDIA DE ENFERMERIA. (1992). Océano. Volumen 3. Pág.574.

HALPEN,M. (1992). Estudio comparativo de la ejecución de actividades del Programa Nacional de TBC. Centros de atención de diversa complejidad en el área metropolitana. Tesis. Universidad de Panamá. Panamá. Panamá. Pág. 339.

MALAGON, GALAN Y PONTON. (2000). Administración Hospitalaria. 2ª edición. Editorial Médico-Panamericana. Colombia. Pág. 628.

MCMAHON, R. (1992) Guía para la gestión de la atención primaria de salud. 2ª edición Editorial OPS. Washington. Pág.472.

MERCK (1989). Manual Merck. Ediciones Doyma. Pág.2850.

MINSA. (2003). Plan nacional de Seguridad Alimentaria Nacional de Panamá 2003-2007. Panamá. Pág.71

MINSA-BID. (1998). Metodología General de la auditoria de expediente. Pág.71.

NORMAN Y STREINER. (1996). Bioestadística. Mosby. España. Pág.260.

OMS. (1997). Base de datos mundial sobre el crecimiento y desnutrición. Pág.136

OPS. (1989). Vigilancia alimentaria y nutricional de las Américas. Pág.89

OPS/INCAP. (2001). Informe anual de nutrición. Pág.156.

OPS/OMS/INCAP. (2002). Informe anual de nutrición de Guatemala. Pág.121

SÁNCHEZ,S. (1994). El ABC de un proyecto de tesis. ICAP. Costa Rica.
Pág.82.

STONER,J et al. (1996). Administración. 6a edición. Editorial Prentice may
Panamericana. México. Pág.688.

WAYNE,D. (1994). Estadísticas en salud. Impreso en programa educativos,
S.A. de C.V. Massachussets. Pág.667.

WHALEY Y WONG. (1998). Tratado de Enfermería Pediátrica. McGraw-Hill
Interamericana. México. Pág. 1061.

INTERNET

www.unu.edu/unupress/foods

www.paho.org

www.r/c.fao.org.

www.cep.ucr.ac.cr/revista

www.gob.gba.ar/cdi/documentos/unicef 98

<http://erc.msh.org.readroom/español/eval.htm>

[www.cccp.ucr.ac.cr/tallerea/taller eval/2004](http://www.cccp.ucr.ac.cr/tallerea/taller_eval/2004)

ANEXOS

Anexo No.1

Componentes de la evaluación técnica administrativa del programa de alimentación complementaria

Componente	Indicador	Método e instrumento de investigación
Actividades Técnicas	Cumplimiento de criterios de inclusión Concordancia de diagnóstico de ingreso Orientación nutricional Orientación sobre preparación de nutricrema Numero de controles Numero de entrega de nutricrema Concordancia de diagnóstico de egreso	Formulario estructurado para extraer datos del expediente clínico
Actividades Administrativas	Condiciones de la bodega Práctica de manejo y almacenamiento de la nutricrema Funciones administrativas del nivel local	Observación con lista de cotejo. Entrevista estructurada al coordinador del programa

Riesgo de bajo peso

Variables nutricionales consideradas al ingreso del programa

Variables Nutricionales	Grupo poblacional			
	6-59 meses	Embarazada	M. Lactante	TBC
Peso				
Edad				
Talla				
Dx Nutricional				

(9). Utilizando las gráficas normadas por el MINSA cuál es el diagnóstico nutricional:

(10) Cumple el paciente con los criterios de inclusión según la Norma del PAC

SI ☐

NO ☐

(11). Número de controles desde el ingreso hasta el egreso del programa
No. _____

(12) Número de controles donde se registra peso desde la fecha de ingreso hasta el egreso del programa. No. _____

Las 2 preguntas siguientes sólo debe contestarla si corresponde a un niño de 6-59 meses

(13). Número de controles donde se registra talla desde la fecha de ingreso hasta el egreso del programa. No. _____

(14) Número de controles donde se registra edad desde la fecha de ingreso hasta el egreso del programa. No. _____

(15) Número de ocasiones que recibió nutricrema y cantidad recibida

No. _____ (16) Cantidad _____ x control

(17). Recibió el beneficiario la nutricrema por 6-9 meses según la norma

Si No Si la respuesta es NO

(18) Cual fue el motivo:

❖ No había nutricrema ☐

❖ El paciente no acudió a buscarla ☐

❖ El paciente la rechaza ☐

❖ Se Recupero ☐

❖ Otra _____

(19).Consta registro de educación nutricional

Sí ☐No. ☐

Cuáles son los temas:

(20).Consta registro de orientación nutricional sobre preparación de nutri crema.

Sí ☐No ☐

(21) Ha faltado el paciente a dos controles sucesivos

Si ☐No ☐

Si su respuesta es Si hay evidencia de visita domiciliaria

(22) Si ☐No ☐

(23).Cuál es el diagnóstico de egreso del programa registrado en el expediente

Normal _____

Desnutrición Leve _____

Desnutrición Moderada _____

Desnutrición Severa _____

Bajo Peso _____

Riesgo de bajo peso _____

Recuperado: _____

Cual es el peso y talla al egreso del programa

Peso _____ kg. Talla _____ cm.

(24) Calcule el diagnóstico Nutricional de egreso _____

Anexo No.3
 Universidad de Panamá
 Facultad de Medicina
 Maestría en Salud Pública
 Instrumento No.2

Objetivo: Identificar las condiciones de almacenamiento de nutricrema.

Instrucciones: En la primera parte observe el área donde se almacena la nutricrema y clasifique el área de acuerdo con las categorías. En la segunda parte observe los materiales de construcción de la bodega y en la última parte inspeccione el área de almacenamiento. Coloque un gancho en la respuesta, si es necesario haga observaciones.

Guía de Observación del Almacenamiento de los Alimentos

- I. Tipo de Bodega. _____
 1. Formal (lugar específico para adecuar alimentos).
 2. Semi-formal (lugar para almacenar alimentos y otros)
 3. Improvisada(cualquier lugar, esquina de un consultorio con acceso a otras personas).

- II. Materiales de Construcción de la Bodega
 1. Pared _____
 1. Block/ladrillo
 2. Adobe
 3. Madera.
 4. Improvisada

 2. Techo: _____
 1. Cemento
 2. Teja
 3. Duralita

 3. Piso _____
 1. Cemento
 2. Tierra
 3. Madera

III. Condiciones generales del lugar de almacenamiento

Aspecto a Evaluar	Si-1	No-2	3*	Observaciones
1. El lugar está seco				
2.El techo necesita reparación				
3.Grietas en las paredes y pisos				
4.Existen agujeros donde entran roedores e insectos				
5.Existen ventanas con alambre en buenas condiciones				
6.Esta ubicado lejos de aguas estancadas y desperdicios				
7.Existen mecanismos para mantenerlo cerrado y seguro				
8.Esta limpio				
9.Existen materiales para colocar los alimentos separados del suelo como:				
a. Tarimas				
b. .Tablas				
c. Piedras				
d. Bloques				
e. Otros				
10.Se guardan en la bodega productos químicos: combustible, cemento, material de limpieza				

Anexo No.4

Universidad de Panamá
 Facultad de Medicina
 Maestría en Salud Pública
 Evaluación del Programa de Alimentación Complementaria
 Centro Materno Infantil de Antón

Instrumento No.3

Objetivo: Determinar las funciones administrativas del nivel local

Instrucciones: Anote con un gancho la respuesta correspondiente, registre sus observaciones o evidencias del dato.

Actividad	Sí	No
1. Existe en la instalación un Coordinador del Programa.		
2. Se estiman las necesidades anuales de alimento		
3. Se mantiene un registro de los alimentos almacenados y distribuidos.		
4. Se revisa conjuntamente con Registros médicos los informes de distribución de alimentos.		
5. Se realizan evaluaciones de los resultados del programa y frecuencia		
6. Se realiza visitas domiciliaria a los beneficiarios inasistentes.		